centres d'excellence
pour LA SANTÉ DES FEMMES

centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

Santé des femmes autochtones –

Projet de synthèse des recherches

RAPPORT FINAL

Préparé pour
Les Centres d'excellence pour la santé des femmes
Groupe de synthèse des recherches

par
Madeleine Dion Stout,
Gregory D. Kipling
et Roberta Stoût

Santé des femmes autochtones

Projet de synthèse des recherches

RAPPORT FINAL

Préparé pour Les Centres d'excellence pour la santé des femmes Groupe de synthèse des recherches par Madeleine Dion Stout, Gregory D. Kipling et Roberta Stout

mai 2001

LA RECHERCHE ET LE DÉVELOPPEMENT DE CETTE ÉTUDE ONT ÉTÉ FINANCÉS PAR LES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES (CESF), LE BUREAU POUR LA SANTÉ DES FEMMES ET SANTÉ CANADA. CE DOCUMENT RENFERME LES IDÉES ET LES OPINONS DE SES AUTEURS ET NE REFLÈTE PAS NÉCESSAIREMENT LA POLITIQUE OFFICIELLE OU LES OPINONS DE SANTÉ CANADA.

LES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique
BC Women's Hospital
and Health Centre
E311 – 4500, rue Oak
Vancouver
(Colombie-Britannique)
Canada V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Téléc. : (604) 875-3716
bccewh@bccewh.bc.ca

PRAIRIE WOMEN'S HEALTH
CENTRE OF EXCELLENCE

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
56, la Promenade
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél.: (204) 982-6630
Téléc.: (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca

Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le millieu

Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu
Centre for Health Studies
Université York
4700, rue Keele
Pièce 214 York Lanes
Toronto (Ontario)
Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tél. : (416) 736-5941
Téléc. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca

Centre d'excellence pour la santé des femmes

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3J7
www.cesaf.umontreal.ca
Tél. : (514) 343-6758
Téléc. : (514) 343-7078
cesaf@ere.umontreal.ca

MARITIME CENTRE of EXCELLENCE for WOMEN'S HEALTH

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Maritimes
5940, rue South, bureau 402
C.P. 3070
Halifax (Nouvelle-Écosse)
Canada B3J 3G9
www.medicine.dal.ca/mcewh
Tél. : (902) 420-6725
Numéro sans frais :
1 888 658-1112
Téléc. : (902) 420-6752
mcewh@dal.ca

Lancé en 1996, les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) sont (?) financé par Santé Canada et administré par le Bureau pour la santé des femmes. Ce programme est un volet important de la Stratégie pour la santé des femmes. Chacun des cinq centres, situés à Halifax, à Montréal, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver, est un partenariat dynamique entre des universitaires, des chercheuses, des prestataires de soins, des groupes communautaires de femmes et des organismes sur la santé des femmes. Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), qui est financé en vertu du CESF, a pour mandat de favoriser le réseautage et les communications à l'échelle nationale.

LE GROUPE DE SYNTHÈSE DE RECHERCHE

Lors du mois de mai 2000, le Groupe de synthèse de recherche a été établi par les Centres d'excellence pour la santé des femmes. Leur mandat, tel qu'approuvé par les Directrices des Centres d'excellence, est d'identifier et de coordonner des révisions et des synthèses des données de recherches, dans certains domaines spécifiques, de tous les Centres d'excellence et de plus d'agir comme Groupe Avisoire à la Rédactrice des Bulletin de Recherche.

Un groupe de discussion de listserv sur la santé et la rercherche auprès des femmes autochtones a été marrainé par le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF). Pour de plus amples informations, s'il-vous-plaît contacter le RCSF.

Les Centres d'excellence pour la santé des femmes
Bureau pour la santé des femmes
Santé Canada
Localisateur postal 1903C
3e étage
Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9
Tél. : (613) 952-0795
Téléc. : (613) 941-8592
cewhp@hc-sc.gc.ca
www.hc-sc.gc.ca/women

centres d'excellence *pour* LA SANTÉ DES FEMMES

centres of excellence *for* WOMEN'S HEALTH

PASSATION DE COMMANDE

On peut se procurer d'autres exemplaires du ce document auprès du RCSF. Il est aussi disponible comme dossier électronique au site web des Centres d'excellence pour la santé des femmes : www.cewh-cesf.ca

Réseau canadien pour la santé des femmes
419, avenue Graham, bureau 203
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Téléc. : (204) 989-2355
Numéro sans frais : 1 888 818-9172
ATS sans frais: 1-866-694-6367
cwhn@cwhn.ca
www.cwhn.ca

leréseau canadien pour la santé des femmes

© 2001 Centres d'excellence pour la santé des femmes

Santé des femmes autochtones –
projet de synthèse des recherches rapport final
ISBN 0-9689285-1-X

RÉSUMÉ

CONTEXTE

En novembre 2000, le Groupe de synthèse des recherches des Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF), composé de représentantes et représentants de chaque centre, du Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) et du Bureau pour la santé des femmes, a identifié la santé des femmes autochtones comme un travail de synthèse prioritaire. Le Groupe de synthèse des recherches a donc entrepris une initiative afin de regrouper les connaissances et l'expérience cumulatives découlant des activités des Centres dans le domaine de la santé des femmes autochtones, et de s'en servir comme base afin d'établir des priorités pour tout travail de recherche ultérieur réalisé dans ce domaine. Le présent rapport tente de contribuer à ce processus de quatre façons principales :

- en donnant un aperçu des principaux indicateurs de la santé et de ceux qui sont liés à la santé des femmes autochtones au Canada.
- en réalisant un examen et une synthèse critiques des recherches et des autres initiatives portant sur la santé des femmes autochtones entreprises ou financées par les Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- en présentant le compte rendu de l'Atelier national traitant de la recherche sur la santé des femmes autochtones, tenu à Ottawa en mars 2001.
- en formulant des recommandations qui serviront à établir les priorités dans l'avenir pour les activités de recherche en matière de santé des femmes autochtones.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS-CLÉS

Si les initiatives en matière de santé des femmes autochtones entreprises ou appuyées par les Centres d'excellence se caractérisent par la diversité de la méthodologie et de l'approche, elles sont tout aussi hétérogènes sur le plan des thèmes abordés et des idées présentées. En examinant les projets, cinq principaux thèmes se sont démarqués, soit l'état de santé des femmes autochtones, la violence et les abus sexuels, la toxicomanie et la santé maternelle, les comportements favorisant la santé et l'accès aux services.

Bien que toutes les initiatives entreprises ou financées par les Centres examinent des préoccupations-clés concernant les femmes autochtones, il faut entreprendre d'autres travaux dans certains domaines. En particulier, on doit prendre des mesures afin d'assurer que les méthodes de recherche soient clairement exprimées et respectent les multiples fardeaux des femmes autochtones; de concentrer l'attention sur les groupes de femmes autochtones dont les besoins et les préoccupations ont été sous-représentés dans d'autres projets de recherche; de veiller à ce que les initiatives tiennent compte de la diversité

linguistique et culturelle des femmes autochtones. Dans le présent rapport, on a identifié d'autres problèmes, notamment le manque de fonds pour financer ou entreprendre la recherche en matière de santé des femmes autochtones et la nécessité d'assurer un bon suivi approprié. On a également mis en évidence l'importance de donner aux femmes autochtones le contrôle sur les recherches qui les touchent ainsi que la nécessité d'apporter des améliorations en matière de formation et d'occasions de réseautage pour les femmes autochtones effectuant de la recherche et de favoriser des partenariats et la collaboration entre les organismes autochtones et non autochtones.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Pour promouvoir l'indigénisation du processus de recherche, on recommande aux Centres d'excellence pour la santé des femmes :

i) de définir clairement des options pour mener des travaux de recherche en matière de santé des femmes autochtones;

ii) de concert avec des chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones et les organisations autochtones concernées, d'élaborer les grandes lignes d'une stratégie visant à établir des collaborations et des partenariats équitables, durables et englobants; d'éduquer les chercheuses et chercheurs ainsi que les participantes et participants aux projets sur la recherche en matière de santé et les femmes autochtones;

iii) de concert avec les organismes autochtones et non autochtones concernés et avec le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada, d'élaborer une stratégie qui permet d'incorporer les histoires, les expériences et les connaissances en matière de santé des femmes autochtones dans un cadre analytique qui pourrait servir de «lentille» lorsqu'on effectue des travaux de recherche sur les femmes autochtones;

iv) de travailler avec les organisations autochtones et non autochtones concernées en vue de promouvoir un dialogue entre les chercheuses et chercheurs universitaires et communautaires et d'aborder les points en litige liés à la recherche en matière de santé des femmes autochtones, particulièrement en ce qui a trait à l'identité, à la culture et aux catégories sociales clés.

Pour faire participer les femmes autochtones dans le processus de recherche, on recommande aux Centres d'excellence pour la santé des femmes :

i) de reconnaître les multiples fardeaux des femmes autochtones, y compris un mauvais état de santé, la pauvreté, la violence, la toxicomanie, les soins aux enfants et une surveillance démesurée;

ii) d'encourager les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones et les organismes autochtones et non autochtones concernés à travailler avec les femmes autochtones dans les collectivités afin de promouvoir la participation dans les projets de recherche; d'élaborer une stratégie pour remettre en perspective les questions afin de découvrir de nouvelles significations et de nouvelles mesures concernant les concepts théoriques et les problèmes intransigeants; de partager les approches en vue de mobiliser les femmes autochtones; d'identifier des structures de médiation qui renforceraient la recherche axée sur la collectivité;

iii) de concert avec le Réseau canadien pour la santé des femmes, de coordonner la recherche et d'élaborer une politique en vue d'appuyer les groupes de femmes autochtones; de faire participer les chercheuses et chercheurs jugés aptes personnellement à travailler avec les femmes autochtones; de protéger les droits des chercheuses et chercheurs et des femmes autochtones; de miser sur le rôle de premier plan des femmes autochtones dans les questions liées à la santé au sein de leur collectivité; de reconnaître la capacité en évolution des femmes autochtones à mener des recherches; et de se montrer sensible aux divers groupes d'audiences;

iv) de travailler avec les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones afin d'élaborer un outil analytique qui aiderait à établir des priorités en matière de recherche dans le domaine de la santé des femmes autochtones, de sorte qu'on puisse évaluer les conséquences de poser des gestes ou de ne pas en poser relativement à des questions clés de santé; d'examiner le paradigme douleur-santé-guérison qui renseigne sur la prestation de services de santé aux femmes autochtones;

v) de concert avec les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada et d'autres ministères fédéraux pertinents, d'envisager la possibilité de tenir une réunion annuelle sur la recherche en matière de santé des femmes autochtones.

Pour se pencher sur les lacunes et les faiblesses dans la recherche en matière de santé des femmes autochtones, on recommande aux Centres d'excellence pour la santé des femmes :

i) de travailler avec les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones et avec les organismes autochtones et non autochtones concernés afin de déterminer quand, comment et pourquoi les méthodes de recherches universitaires et communautaires devraient outrepasser, croiser ou coexister les unes avec les autres; d'identifier et de suivre les indicateurs de santé positifs; de favoriser le réseautage entre les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones; de tirer profit des nouvelles technologies de l'information afin de diffuser et de partager les résultats de recherche; d'entreprendre des analyses en vue de comparer et de mettre en évidence les tendances, les questions et les solutions locales, régionales et internationales; d'établir des analyses en fonction du sexe et des analyses axées sur les Autochtones;

ii) de travailler avec les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones en vue d'élaborer des méthodes qui tiennent compte de la culture; d'identifier des collectivités modèles telles qu'Alkalai Lake et Hollow Water; d'élaborer une base de connaissances des concepts et des principes clés autochtones (p. ex., le respect) qui peuvent être importants pour mener des recherches en matière de santé; de situer la recherche dans un contexte plus large aux plans social, économique, juridique et culturel; d'entreprendre des recherches qui tiennent compte de la diversité des femmes autochtones; de comprendre les implications de la médicalisation de la santé des femmes autochtones; de mener des recherches qui appuient les besoins des programmes à l'intention des femmes autochtones.

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I : INTRODUCTION

1.1 Renseignements généraux 9
1.2 But et objectifs 9
1.3 Méthodologie 10

PARTIE II : PROFIL DES FEMMES AUTOCHTONES

2.1 Aperçu de la population 10
2.2 Fertilité et cycle de vie 11
2.3 Santé et bien-être 12
2.4 Éducation, emploi et revenus 16
2.5 Conclusion 17

PARTIE III : INITIATIVES EN MATIÈRE DE SANTÉ DES FEMMES AUTOCHTONES ET ATELIER NATIONAL SUR LA RECHERCHE EN SANTÉ DES FEMMES AUTOCHTONES (ANRSFA) : ÉTUDE DES IDÉES ET DES THÈMES PRINCIPAUX

3.1 Recherches sur la santé des femmes autochtones en contexte 18
3.2 Aperçu des initiatives des CESF en matière santé des femmes autochtones et de l'ANRSFA 19
3.3 Idées et thèmes principaux découlant des initiatives des CESF et de l'ANRSFA 22
3.3.1 État de santé 22
3.3.2 Violence et abus sexuels 25
3.3.3 Toxicomanie et santé de la mère 26
3.3.4 Comportements favorisant la santé 27
3.3.5 Accès aux services 28

PARTIE IV : PARTICULARISER LE PROCESSUS DE RECHERCHE

4.1 Méthodologies de recherche 34
4.2 Financement 35
4.3 Reconnaissance de la diversité 35
4.4 Respect du consentement et du contrôle des Autochtones dans les recherches en matière de santé 36
4.5 Établissement de priorités dans les recherches en matière de santé des femmes autochtones 37
4.6 Développement de la capacité et des ressources humaines 37
4.7 Partnership and collaboration 37
4.8 Participation des CESF à la recherche en matière de santé des femmes autochtones 38
4.9 Mesures et suivi 38

PARTIE V : RECOMMANDATIONS

5.1 Promouvoir l'indigénisation du processus de recherche 39
5.2 Faire participer les femmes autochtones au processus de recherche 40
5.3 Examiner les lacunes et les points faibles dans la recherche en matière de santé des femmes autochtone 41

Bibliographie 42

Annexe I Liste des initiatives associées aux CESF examinées 46

Annexe II Liste des abréviations utilisées dans le rapport 48

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 Population des femmes autochtones par ethnie, 1996 10

Figure 2 Femmes autochtones et non autochtones selon l'âge, 1996 11

Figure 3 Espérance de vie à la naissance chez les peuples autochtones et non autochtones, 1991 12

Figure 4 Taux de suicide chez les femmes indiennes de plein droit et chez toutes les Canadiennes par groupe d'âge, 1989-1993 13

Figure 5 Prévalence de maladies chroniques choisies selon l'âge chez les femmes non autochtones, les femmes des Premières Nations et les Inuits du Labrador 14

Figure 6 Taux de chômage chez la population autochtone et non autochtone en fonction de l'âge, 1996 16

Figure 7 Répartition par profession chez les hommes et les femmes autochtones et non autochtones, 1996 17

Tableau 1 Nombre de projets associés à chaque Centre 19

Tableau 2 Thèmes des projets réalisés par chaque Centre 21

I. INTRODUCTION

1.1 Renseignements généraux

En mars 1995, le ministre de la Santé a annoncé la création des Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) en vue d'améliorer l'état de santé des femmes canadiennes en faisant en sorte que le système de santé comprenne mieux les enjeux se rapportant à la santé des femmes et qu'il y soit plus réceptif. Des fonds ont par la suite été versés pour la création de cinq CESF, choisis par voie concurrentielle. De plus, des fonds ont également été versés au Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) afin qu'il entreprenne la coordination à l'échelle nationale des composantes de réseautage des CESF et qu'il établisse une fonction d'entreposage, de distribution et de communication des renseignements à l'échelle nationale. Les CESFsont gérés par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada.

Les cinq Centres, situés à Halifax, à Montréal, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver, ont reçu le mandat d'améliorer la santé des femmes en générant des connaissances, des renseignements et des conseils d'orientation stratégique, qui peuvent être utilisés afin de rendre le système de santé plus réceptif aux besoins distincts des femmes en matière de santé. Dans le cadre de leur mandat, les Centres réalisent un large éventail d'activités, comme des recherches axées sur la santé, la transmission de connaissances, la création de réseaux et la prestation de conseils et de renseignements aux gouvernements et aux autres intervenants. Au cours des trois dernières années, les Centres ont également financé ou mené de nombreux projets de recherche et autres activités qui ont permis d'étudier les préoccupations en matière de santé des femmes autochtones dans de nombreuses collectivités du Canada.

En novembre 2000, le Groupe de synthèse des recherches des CESF, composé de représentants de chaque centre, du RCSF et du Bureau pour la santé des femmes, ont identifié la santé des femmes autochtones comme étant un travail de synthèse prioritaire. En entreprenant cette initiative, le Groupe de synthèse des recherches tente de regrouper les connaissances et l'expérience cumulatives découlant des activités des centres dans le domaine de la santé des femmes autochtones, et de s'en servir comme base afin d'établir des priorités pour tout travail de recherche ultérieur réalisé dans ce domaine.

1.2 But et objectifs

Le but du présent document est d'entreprendre une analyse critique de la recherche et des autres initiatives des CESF ayant trait à la santé des femmes autochtones, tout en plaçant un tel travail dans le contexte d'une documentation plus étendue sur la santé des femmes autochtones. Les objectifs particuliers peuvent se résumer ainsi :

- Donner un aperçu des principaux indicateurs de la santé et liés à la santé chez les femmes autochtones du Canada.
- Réaliser un examen et une synthèse critiques des recherches et des autres initiatives portant sur la santé des femmes autochtones entreprises ou financées par les Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Formuler les recommandations qui serviront de base afin d'établir des priorités dans les activités de recherche à venir sur la santé des femmes autochtones.
- Faire rapport des délibérations de l'Atelier national sur la recherche en santé des femmes autochtones (ANRSFA), lequel s'est tenu au Odawa Native Friendship Centre de Ottawa les 24 et 25 mars 2001.

1.3 Méthodologie

En préparant le présent rapport, certaines d'activités visant à recueillir des renseignements ont été entreprises. En voici un résumé :

- Les cinq Centres d'excellence ont tous été sollicités pour qu'ils remettent des documents décrivant des projets de recherche et d'autres initiatives ayant trait à la santé des femmes autochtones.
- On a demandé aux organismes autochtones clés œuvrant dans le domaine de la santé des femmes autochtones de remettre des études et des rapports pertinents.
- Une recherche par mot-clé a été réalisée à l'Internet, dans les principales bases de données sur CD-ROM et les principaux catalogues de bibliothèques universitaires, de même qu'auprès des ministères gouvernementaux pertinents de la région de la capitale nationale.
- Les travaux de l'ANRSFA ont été consignés grâce à la prise de notes détaillées. Cet atelier visait à favoriser le partage de connaissances sur les questions de santé des femmes autochtones, à examiner les liens entre la recherche et les mesures en vue d'améliorer l'état de santé des femmes autochtones et de trouver des façons pour renforcer la recherche en matière de santé entreprise par et pour les femmes autochtones.

Il y a lieu de faire remarquer que la Partie II comprend un profil socio-démographique des femmes autochtones alors que la Partie III résume les résultats des projets de recherche affiliés aux CESF et comprend des observations et des aperçus obtenus lors de l'ANRSFA. Dans la Partie IV, on discute de moyens de renforcer la recherche en matière de santé des femmes autochtones, tandis que la Partie V présente les recommandations découlant de l'ANRSFA et des projets de recherche affiliés aux Centres d'excellence pour la santé des femmes.

II. PROFIL DES FEMMES AUTOCHTONES

2.1 Aperçu de la population

En 1996, il y avait environ 408 100 femmes autochtones au Canada, sur une population autochtone totale de 799 000 (Statistique Canada, 2000). Comme l'indique la figure 1, près de 66,3 p. 100 de ces femmes s'identifiaient comme Indienne de l'Amérique du Nord; 25,2 p. 100 comme Métisse, 4,9 p. 100 comme Inuit et 3,2 p. 100 comme appartenant à plus d'une catégorie.

En termes absolus, l'Ontario et la Colombie-Britannique sont les provinces qui comptent la plus importante population de femmes autochtones, à savoir 73 725 et 71 455 femmes respectivement. Par ailleurs, les provinces où les femmes autochtones forment la majorité de la population féminine en général sont le Manitoba (11,7 p. 100) et la Saskatchewan (11,5 p. 100). Il n'y a rien d'étonnant à ce que cette proportion

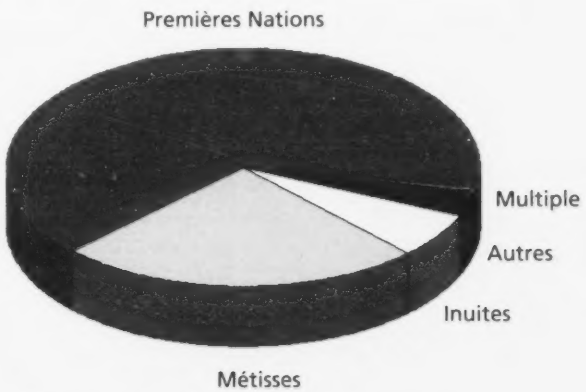


Figure 1 – Population des femmes autochtones par ethnie, 1996 (Statistique Canada, 2000)

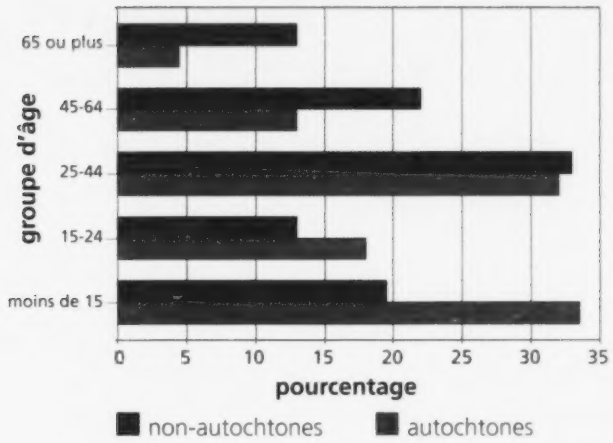


Figure 2 – Femmes autochtones et non autochtones selon l'âge, 1996 (Statistique Canada, 2000)

soit encore plus élevée dans les territoires, où les femmes autochtones représentent plus de 86 p. 100 de la population totale des femmes au Nunavut, environ 50 p. 100 de la population dans le cas des Territoires du N.-O., et 21,6 p. 100 au Yukon.

Même si les femmes et les hommes autochtones sont nombreux à continuer d'habiter dans les collectivités ou en milieu rural, la population urbaine autochtone est en croissance. En 1996, 171 000 Autochtones, à savoir 20 p. 100 de la population autochtone totale, vivaient à Winnipeg, à Edmonton, à Vancouver, à Regina, à Saskatoon, à Calgary ou à Toronto (Statistique Canada, 13 janvier 1998). Bon nombre étaient des enfants de moins de 15 ans qui vivaient avec leurs mères ou avec d'autres femmes autochtones (Institut canadien de la santé infantile, 1994).

2.2 Fertilité et cycle de vie

Les statistiques nationales démontrent que les femmes et les hommes[1] autochtones ont, en moyenne, environ dix ans de moins que leurs homologues non autochtones (Statistique Canada, 13 janvier 1998). Comme l'indique clairement la figure 2, cette différence est surtout marquée dans le groupe d'âge des moins de 15 ans : 33,6 p.100 de la population des femmes autochtones se retrouvent dans cette catégorie, comparativement à seulement 19,4 p. 100 parmi la population féminine non autochtone.

Dans une large mesure, la variabilité sur le plan de la répartition de l'âge chez les populations autochtones et non autochtones peut être expliquée par les références aux différences sur le plan des modèles de reproduction. Par exemple, 55 p. 100 des mères autochtones ont moins de 25 ans, et 9 p. 100 ont moins de 18 ans (Santé Canada, 2000). Par contre, chez les mères non autochtones, environ 28 p. 100 ont moins de 25 ans et seulement 1 p. 100 ont moins de 18 ans (Santé Canada, 2000). Compte tenu du jeune âge des mères autochtones, il n'est pas surprenant qu'elles aient également plus d'enfants que les femmes canadiennes. Alors que le taux de fertilité des femmes non autochtones est de 1,61, celui des femmes inuits et des femmes indiennes de plein droit est beaucoup plus élevé, à savoir 3,4 et 2,5 respectivement (Affaires indiennes et du Nord Canada 1996).

Il va sans dire que des chiffres tels que ceux indiqués précédemment ont des répercussions importantes sur l'élaboration de politiques en matière de santé sexuelle et génésique, tout comme ils le sont pour les questions ayant trait à

[1] Les auteurs ont tenté de trouver et de présenter des données nationales qui soulignent les caractéristiques uniques des femmes des Premières Nations, des femmes inuites et des femmes métisses. Toutefois, dans de nombreux cas, la désuétude ou l'indisponibilité des données nous ont empêchés d'atteindre cet objectif. Pour cette raison, une grande partie de la discussion qui suit a trait aux femmes autochtones en général, ou aux populations pour lesquelles des données nationales étaient facilement accessibles (p. ex., femmes indiennes de plein droit).

la santé des enfants et des adolescents autochtones. Par exemple, les chercheurs ont débattu du fait que le taux élevé de grossesses dans bon nombre de collectivités autochtones peut contribuer à expliquer les taux élevés de mortalité chez les bébés autochtones (MacMillan et coll., décembre 1996). Même si le taux de mortalité chez les bébés des Premières Nations a diminué de façon importante au cours des dernières années, il reste environ 1,7 fois plus élevé que celui de la population en général (10,9 par 1 000 naissances d'enfants vivants dans le cas du premier groupe, comparativement à 6,0 dans le cas du deuxième groupe) (Organisation panaméricaine de la santé – OPS, 1999).

Même si on a mis en évidence la jeunesse relative des femmes autochtones, on ne devrait pas croire qu'il faut pour autant ignorer les questions et les défis des femmes autochtones plus âgées. En fait, selon l'Association des femmes autochtones du Canada :

> *[…] la population autochtone âgée de plus de 65 ans augmente. En 1951, elle représentait 2,2 p. 100 de l'ensemble de la population autochtone, par rapport à 4,8 p. 100 en 1991 […] Ce segment de population croit trois fois plus vite que tout autre groupe d'âge, et on estime que le nombre d'Indiennes et Indiens inscrits âgés de plus de 65 ans augmentera de 1,4 p. 100 entre 1991 et 2001* (1997, p. 19). (Traduction libre)

2.3 Santé et bien-être

Malgré le fait que l'on ait reconnu publiquement les injustices passées commises à l'endroit des peuples autochtones dans ce pays, la marginalisation et les préjudices restent très présents dans la vie quotidienne de bon nombre de membres de la collectivité. Même si les effets de cette marginalisation peuvent se manifester de nombreuses façons, bien peu sont aussi révélatrices que les statistiques qui placent la population autochtone du Canada bien en deçà de leurs homologues non autochtones dans l'Indice de développement humain des Nations Unies (Toronto Star, 12 juin 1997). Ce qui revient à dire que, même si l'on fait l'éloge du Canada comme étant un pays qui donne à ses

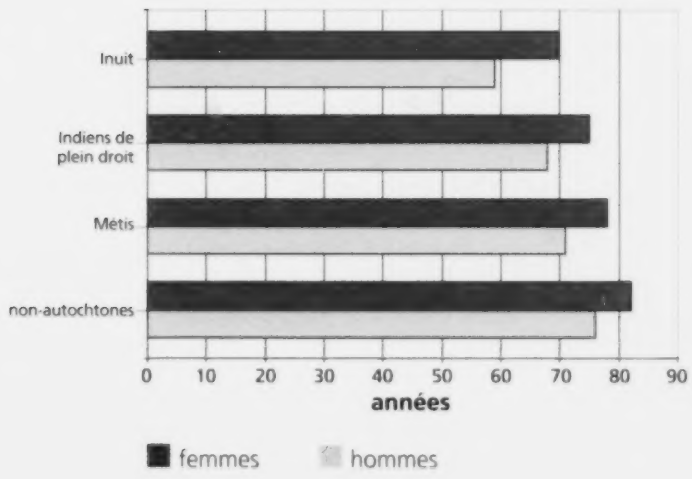


Figure 3 – Espérance de vie à la naissance chez les peuples autochtones et non autochtones, 1991 (Commission royale sur les peuples autochtones – CRPA, 1996)

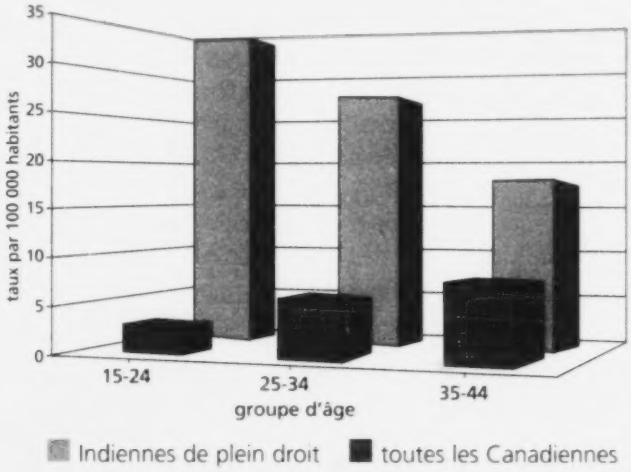


Figure 4 – Taux de suicide chez les femmes indiennes de plein droit et chez toutes les Canadiennes par groupe d'âge, 1989-1993 (Santé Canada, 2000)

habitants une des meilleures qualités de vie au monde, les femmes et les hommes autochtones se caractérisent par un profil de santé que l'on associerait habituellement aux pays en voie de développement.

Pour ce qui est de l'espérance de vie, les femmes canadiennes peuvent maintenant s'attendre à vivre près de 82 ans, tandis que l'espérance de vie à la naissance des femmes inuits et des indiennes de plein droit, en 1991, était inférieure à 75 ans (voir la figure 3). Même si l'on reconnaît les gains qui continuent d'être réalisés – en 1995, l'espérance de vie des femmes indiennes de plein droit était passée à 76,2 ans (Affaires indiennes et du Nord Canada, février 2000) – l'écart reste important. Même s'il ne fait pas de doute que les raisons expliquant cette différence sont complexes, la marginalisation socio-économique de même que la mauvaise santé de bon nombre de femmes autochtones contribuent à fausser les résultats finaux.

En fait, dans ce contexte, il n'est donc pas surprenant que le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour toutes les causes chez les femmes des Premières Nations soit beaucoup plus élevé que chez les femmes canadiennes en général (MacMillan et coll., 1996). Dans une large mesure, cette situation est causée par un taux de mortalité élevé découlant de blessures et de la violence chez les femmes des Premières Nations et d'autres antécédents autochtones. Par exemple, entre 1989 et 1992, le taux de mortalité des femmes des Premières Nations imputé aux accidents de véhicules automobiles était de 24,7 par 100 000 habitants et le taux de mortalité causé par un empoisonnement était de 11,7 (CRPA, 1996). Par comparaison, les taux de mortalité chez les femmes non autochtones étaient de 8,3 et de 1,2, respectivement.

De plus, les femmes autochtones ont un taux de suicide beaucoup plus élevé que celui de la population féminine non autochtone, ce qui contribue à expliquer les chiffres indiquant que les femmes autochtones sont beaucoup plus à risque de décéder des suites de la violence (Santé Canada, 1999). Selon un rapport réalisé récemment par Santé Canada, chez les femmes autochtones âgées entre 25 et 44 ans, le taux de mortalité violente est cinq fois plus élevé qu'il ne l'est chez la population féminine non autochtone (Santé Canada, 2000).

À cet égard, il faut mentionner que les Autochtones, peu importe leur sexe, sont largement surreprésentés parmi les victimes d'homicide au Canada, ils représentent 16,6 p. 100 de toutes les victimes (Best, sans date).

De même, les femmes autochtones sont plus susceptibles de vivre dans un milieu social où la toxicomanie (y compris la consommation d'alcool et le tabagisme) de même que la violence

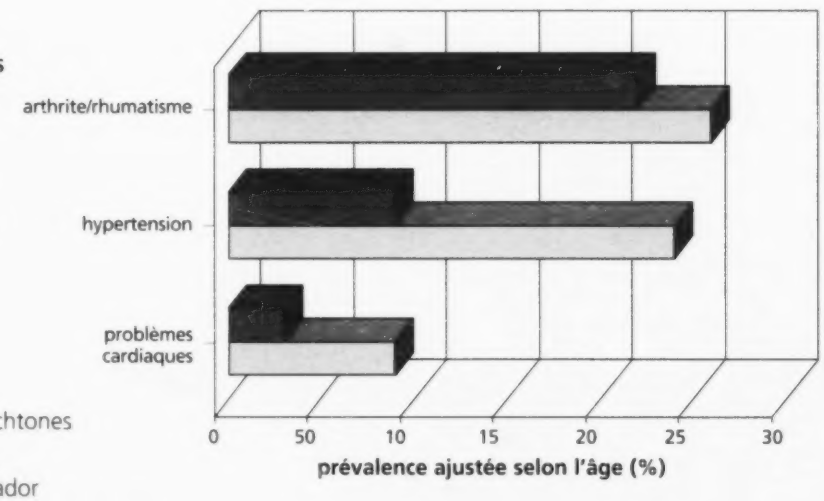
conjugale sont très répandus (Pauktuutit, mars 2000; CRPA, 1996). Par contre, cette situation est mise en lumière par le fait que les admissions à l'hôpital à la suite d'accidents où l'alcool est en cause sont trois fois plus nombreuses chez les femmes autochtones que pour l'ensemble de la population canadienne (CRPA, 1996). En outre, selon des études réalisées récemment par les communautés des Premières Nations :

> *«...au moins les trois quarts des femmes autochtones ont été victimes de violence familiale, jusqu'à 40 p. 100 des enfants de certaines communautés autochtones du nord ont été agressés physiquement par un membre de leur famille, et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées constituent un grave problème dans certaines collectivités des Premières Nations»* (Santé Canada, novembre 1999).

De plus, les taux d'incarcération des femmes autochtones sont beaucoup plus élevés que ceux des femmes non autochtones. Par exemple, en 1997, les femmes des Premières nations représentaient 19 p. 100 de toutes les femmes purgeant une peine dans un pénitencier fédéral, même si elles ne constituent que 2 p. 100 de la population canadienne générale (Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry, 2000). En général, le taux d'incarcération des femmes autochtones était de 16,3 par 10 000 habitants en juin 1998 (ibid.).

Pour ce qui est de la santé génésique et sexuelle des femmes autochtones, les recherches ont démontré que les femmes métisses, inuits et des Premières Nations sont plus susceptibles que les femmes non autochtones d'être infectées par une maladie transmise sexuellement (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 1996). De plus, les femmes autochtones représentent une proportion beaucoup plus élevée des diagnostics de VIH/sida que les femmes non autochtones (18 p. 100 comparativement à 6 p. 100), et plus de la moitié

Figure 5 – Prévalence de maladies chroniques choisies selon l'âge chez les femmes non autochtones, les femmes des Premières Nations et les Inuites du Labrador (Santé Canada, novembre 1999)



de ces cas sont attribuables à l'utilisation de drogues par injection (Santé Canada, 2000).

En plus des problèmes susmentionnés, la santé physique des femmes autochtones les démarquent également du reste de la population féminine non autochtone du Canada. Pour citer un exemple, une proportion relativement importante des femmes du premier groupe signale souffrir d'une invalidité à long terme. Alors que les proportions exactes varient considérablement entre les différents groupes autochtones, allant de 9,8 p. 100 chez les femmes indiennes de plein droit vivant hors réserve, à 8,9 pour 100 pour les femmes inuits, elles sont, dans tous les cas, plus élevées que le taux pour la population des femmes non autochtone (7,4 p. 100) (Affaires indiennes et du Nord Canada, 1996).

Même si le taux de maladies cardiovasculaires et d'autres maladies chroniques liées à un mode de vie sédentaire et à un régime riche en matières grasses et en glucides a traditionnellement été faible chez les Autochtones, certains indices suggèrent que cette situation est en train de changer. Dans le cas du diabète, même si la fréquence de cette maladie reste relativement stable chez les Canadiens non autochtones au cours des dernières décennies, les taux d'incidence ont augmenté rapidement dans la population autochtone qui, croit-on, est atteint à un taux deux à trois fois supérieur que les autres Canadiens (OPS, 1999; CRPA, 1996; Santé Canada, novembre 1999). De plus, on pense que les femmes autochtones sont beaucoup plus sujettes à cette maladie à un taux qui est à peu près deux fois plus élevé que celui des hommes autochtones (Santé Canada, 2000).

En outre, on a démontré que les femmes autochtones présentaient un risque beaucoup plus élevé de souffrir d'obésité. Par exemple, selon une étude réalisée récemment dans le nord de l'Ontario, 60 p. 100 des femmes adultes des Premières Nations étaient considérées obèses (Santé Canada, novembre 1999). Une étude portant sur des adultes cris et ojibway du nord du Canada a révélé qu'«une forte proportion d'individus de tous âges avait un excédent de poids, indépendamment du sexe, et que près de 90 p. 100 des femmes âgées entre 45 et 54 ans avaient un indice de masse corporelle le d'au moins 26.» (Santé Canada, novembre 1999). Selon Santé Canada, un indice de masse corporelle qui se situe entre 25 et 27 «peut entraîner des problèmes de santé chez certaines personnes» (idem, 1988).

Comme l'indique la figure 5, les femmes des Premières Nations et les Inuits du Labrador sont plus susceptibles de déclarer des maladies chroniques comme l'arthrite, l'hypertension et les problèmes cardiaques. Les femmes des Premières Nations en particulier se caractérisent par un taux de décès imputé aux cardiopathies ischémiques et aux accidents cardiovasculaires qui est beaucoup plus élevé que celui de la population féminine canadienne non autochtone (OPS, 1999).

Le cancer est une autre maladie dont la prévalence semble augmenter dans les rangs de la population autochtone (Assemblée des Premières Nations, 2001). Chez les femmes autochtones, il semble que la fréquence du cancer du col de l'utérus est particulièrement élevée (Assemblée des Premières Nations, 2001; Santé Canada, 2000). Cette affirmation est soulignée par les résultats d'une étude réalisée sur une période de 30 ans en Colombie-Britannique, qui a permis de constater que le taux de décès attribuable au cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations était de 33,9 par 100 000 habitants, comparativement à 8,1 chez les femmes non autochtones.

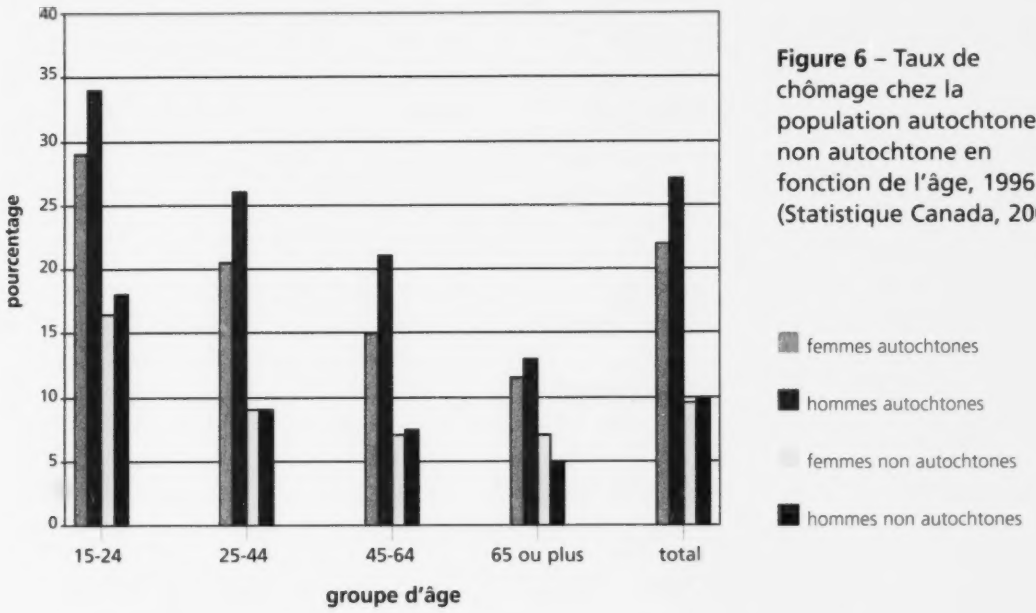


Figure 6 – Taux de chômage chez la population autochtone et non autochtone en fonction de l'âge, 1996 (Statistique Canada, 2000)

2.4 Éducation, emploi et revenus

Il est bien reconnu que des facteurs socio-économiques jouent un rôle extrêmement important sur le plan de la santé des gens (Lalonde, 1974; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1996). Bien que le Canada ait fait bonne figure relativement à l'Indice du développement humain des Nations Unies, il n'a pas obtenu une aussi bonne note dans le domaine de l'élimination de la pauqnndé; en fait, il s'est classé huitième au sein des pays industrialisés selon l'indice de pauvreté humaine (Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 1999). Même si les peuples autochtones ne sont pas les seuls à ressentir les effets destructeurs de la pauvreté, il est fort probable qu'ils soient plus pauvres que d'autres Canadiens (Organisation nationale anti-pauvreté (ONAP), 1997).

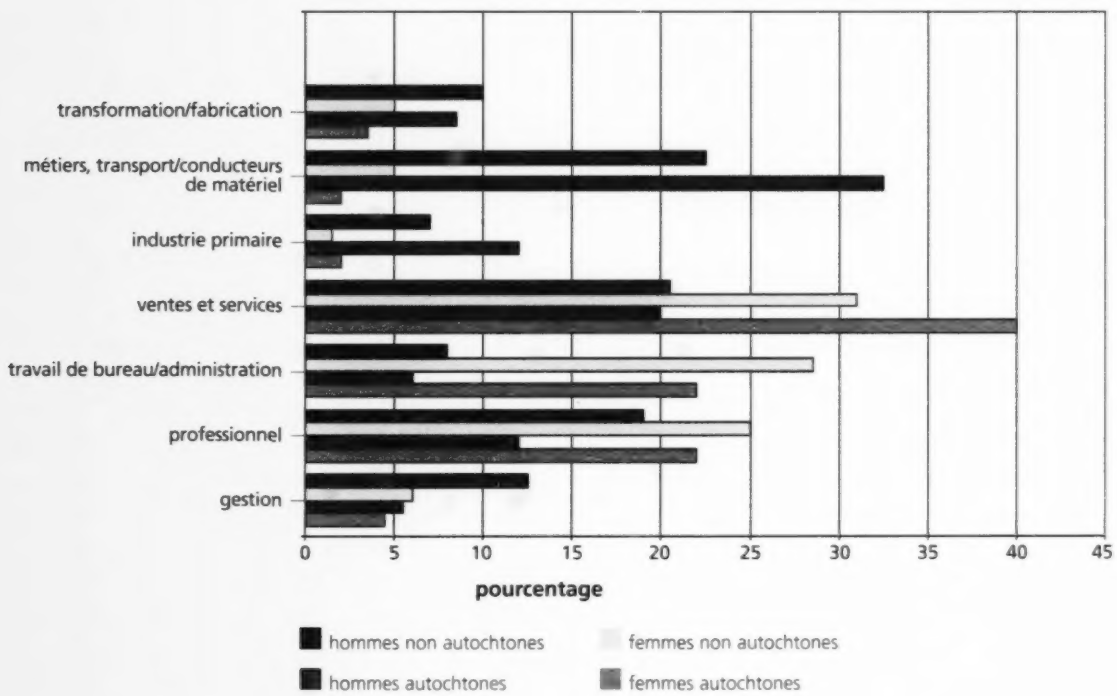
En abordant d'emblée le niveau d'instruction officiel, les femmes autochtones, même si elles réussissent beaucoup moins bien que la population féminine non autochtone, sont néanmoins plus susceptibles que leurs homologues masculins d'avoir un diplôme universitaire ou d'avoir fait des études secondaires ou postsecondaires quelconques (Statistique Canada, 2000). Compte tenu de ce fait, il n'est pas surprenant que le taux de chômage des femmes autochtones soit inférieur à celui des hommes autochtones pour toutes les catégories d'âge, constatation qui contraste avec les tendances en matière de chômage chez la population non autochtone, où les différences fondées sur le sexe sont beaucoup moins importantes (voir la figure 6).

Dans ce contexte, il est toutefois important de comparer les femmes autochtones aux femmes non autochtones : tandis que les femmes non autochtones se caractérisaient par un taux de chômage de 9,7 p. 100, le taux s'élevait à plus de 21 p. 100 chez la population féminine

autochtone. Cela va sans dire que les niveaux élevés de chômage auront probablement des répercussions directes sur la situation économique des femmes autochtones, un point de vue que confirment les chiffres indiquant que les femmes autochtones sont deux fois plus susceptibles d'avoir un faible revenu que la population féminine canadienne en général (42,7 p. 100, comparativement à 20,3 p. 100).

Un autre fait intéressant est que, même lorsque les femmes autochtones réussissent à surmonter les obstacles leur permettant d'obtenir un emploi rémunérateur, elles sont néanmoins souvent reléguées à des emplois à temps partiel et rémunérés à un niveau inférieur. Comme l'indique la figure 7, à peine plus de 40 p. 100 des femmes autochtones faisant partie de la population active canadienne occupent un poste dans la catégorie des ventes et services. Non seulement cette proportion excède-t-elle celle caractérisant les hommes autochtones et les personnes non autochtones des deux sexes, mais elle se situe bien au-delà de la catégorie démontrant la deuxième plus grande concentration de femmes autochtones, à savoir les emplois de bureau et en administration.

Figure 7 – Répartition par profession chez les hommes et les femmes autochtones et non autochtones, 1996 (Statistique Canada, 2000)



2.5 Conclusion

Dans les pages précédentes, nous avons souligné et discuté d'un éventail de données ayant trait à la santé et à la situation socio-économiques des femmes autochtones. Prises dans leur ensemble, ces données servent à souligner la mesure dans laquelle ces femmes portent le fardeau de la

mauvaise santé, des décès prématurés et de la marginalisation à un degré inimaginable pour une grande partie de la population. Pourtant, même si l'on reconnaît la nécessité de prendre des mesures dans certains domaines, il faut également reconnaître la force et la résistance des femmes autochtones qui leur ont permis d'aller de l'avant et de réussir, malgré les forces compensatrices du racisme, des préjugés et de l'héritage colonialiste de ce pays.

III. INITIATIVES EN MATIÈRE DE SANTÉ DES FEMMES AUTOCHTONES ET ATELIER NATIONAL SUR LA RECHERCHE EN SANTÉ DES FEMMES AUTOCHTONES : ÉTUDE DES PRINCIPAUX THÈMES ET DES PRINCIPALES IDÉES

3.1 Recherches sur la santé des femmes autochtones en contexte

Les personnes qui s'intéressent aux enjeux et aux défis auxquels font face les femmes autochtones au Canada affirment depuis fort longtemps qu'il s'agit d'une population pour laquelle les décideurs et les chercheurs manifestent peu d'intérêt. Doublement marginalisées du fait qu'elles sont femmes et autochtones, ces femmes ont rarement profité de recherches soutenues qui explorent de façon importante leur vie, leurs problèmes et leurs forces.

Il faut admettre que cette situation s'est améliorée au cours des quinze dernières années, car les organismes de femmes autochtones et leurs alliés ont contraint les décideurs à remarquer les injustices consternantes qui caractérisent la vie de bon nombre de femmes autochtones. Toutefois, une grande partie du travail réalisé a une portée étroite et est souvent de nature tangentielle aux causes sous-jacentes de la marginalisation et de l'oppression des femmes autochtones.

La recherche sur la santé est un exemple concret. Même si, dès le début des années 1950, le gouvernement du Canada a financé des recherches dans les domaines tels que la grossesse et l'accouchement, une grande partie de ce travail était de nature hautement technocrate et souvent éloignée des contextes sociaux et politiques plus vastes. Ce n'est que plus récemment que les recherches sur la santé des femmes autochtones ont pris une orientation très différente et sont devenues plus critiques des politiques et des structures existantes (Pauktuutit, avril 2001).

D'un point de vue plus général, l'attention des recherches s'est de plus en plus concentrée sur l'utilisation que font les femmes et les hommes autochtones du système de santé officiel, en insistant particulièrement sur la nature et la portée des obstacles à l'accès (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), mars 2001).

Depuis la fin des années 1980, les chercheurs ont continué d'aborder de nombreux enjeux de longue date ayant trait à la santé des femmes autochtones, tout en abordant du même coup un certain nombre de questions émergentes, comme le VIH/sida, le diabète et les répercussions du projet de loi C-31. En outre, un point important à cet égard est que les chercheurs et les décideurs s'intéressent de plus en plus aux déterminants de la santé de même qu'à l'importance de capitaliser des connaissances déjà présentes au sein des collectivités autochtones (Association des infirmières et infirmier autochtones du Canada, 1993). Ainsi, dans le domaine du VIH/sida, par exemple, les chercheurs mettent un plus grand accent sur l'établissement de liens explicites entre les l'expériences des femmes autochtones face à

la maladie et les réalités de l'inégalité fondée sur le sexe et de la marginalisation socio-économique (Ship et Norton, 2000).

Ainsi, même si l'on reconnaît la nécessité que des ressources supplémentaires soient canalisées vers la recherche sur la santé des femmes autochtones, d'un point de vue relatif, les problèmes auxquels font face cette population sont sous-étudiés et très mal compris, et ce, malgré le fait qu'un travail novateur axé sur l'action ait été entrepris dans un certain nombre de domaines. Il s'agit de projets qui explorent la compréhension des Autochtones face à la santé et au bien-être (Adelson, 2000); la forte incidence de la dépression chez certains groupes de femmes autochtones (Dion Stout, 1995), leur prédisposition au diabète et à l'obésité (Martin et Bell, 1991; Evers, 1991); et, enfin, le taux dangereusement élevé de tabagisme et d'abus d'alcool et d'autre drogues (Association des femmes autochtones du Canada – AFAC, 1996).

3.2 Aperçu des initiatives des CESF en matière de santé des femmes autochtones et de l'ANRSFA

Dans son rapport final, le Forum national sur la santé a précisé que «la santé des femmes comprend le bien-être affectif, social, culturel, spirituel et physique des femmes, ce qui est déterminé par le contexte social, politique et économique de l'existence des femmes tout autant que par la biologie» (Santé Canada, février 1997). Dans une large mesure, les initiatives entreprises ou appuyées par les centres d'excellence pour la santé des femmes reflètent la définition holistique de la santé ainsi que l'éventail d'enjeux de plus en plus étendu abordés par les chercheurs et les praticiens, dont bon nombre sont eux-mêmes Autochtones, enjeux se rapportant à la santé des femmes autochtones. De plus, le compte rendu de l'ANRSFA permet d'approfondir les préoccupations et les priorités des participantes et participants concernant la santé des femmes

Centre d'excellence	Nombre de projects	Pourcentage du total
CESFM – Halifax	6	23.1%
CESAF – Montréal	9	34.6%
RPSFM – Toronto	1	3.8%
CESFP – Winnipeg	4	15.4%
CESFCB – Vancouver	6	23.1%
	26	**100%**

Tableau 1 – Nombre de projets associés à chaque Centre

la maladie et les réalités de l'inégalité fondée sur le sexe et de la marginalisation socio-économique (Ship et Norton, 2000).

Ainsi, même si l'on reconnait la nécessité que des ressources supplémentaires soient canalisées vers la recherche sur la santé des femmes autochtones, d'un point de vue relatif, les problèmes auxquels font face cette population sont sous-étudiés et très mal compris, et ce, malgré le fait qu'un travail novateur axé sur l'action ait été entrepris dans un certain nombre de domaines. Il s'agit de projets qui explorent la compréhension des Autochtones face à la santé et au bien-être (Adelson, 2000); la forte incidence de la dépression chez certains groupes de femmes autochtones (Dion Stout, 1995), leur prédisposition au diabète et à l'obésité (Martin et Bell, 1991; Evers, 1991); et, enfin, le taux dangereusement élevé de tabagisme et d'abus d'alcool et d'autre drogues (Association des femmes autochtones du Canada – AFAC, 1996).

3.2 Aperçu des initiatives des CESF en matière de santé des femmes autochtones et de l'ANRSFA

Dans son rapport final, le Forum national sur la santé a précisé que «la santé des femmes comprend le bien-être affectif, social, culturel, spirituel et physique des femmes, ce qui est déterminé par le contexte social, politique et économique de l'existence des femmes tout autant que par la biologie» (Santé Canada, février 1997). Dans une large mesure, les initiatives entreprises ou appuyées par les centres d'excellence pour la santé des femmes reflètent la définition holistique de la santé ainsi que l'éventail d'enjeux de plus en plus étendu abordés par les chercheurs et les praticiens, dont bon nombre sont eux-mêmes Autochtones, enjeux se rapportant à la santé des femmes autochtones. De plus, le compte rendu de l'ANRSFA permet d'approfondir les préoccupations et les priorités des participantes et participants concernant la santé des femmes

Centre d'excellence	Nombre de projects	Pourcentage du total
CESFM – Halifax	6	23.1%
CESAF – Montréal	9	34.6%
RPSFM – Toronto	1	3.8%
CESFP – Winnipeg	4	15.4%
CESFCB – Vancouver	6	23.1%
	26	**100%**

Tableau 1 – Nombre de projets associés à chaque Centre

autochtones et la recherche à cet égard. Plus de vingt femmes des Premières nations, des Métis et des Inuits ont participé à cette réunion; elles provenaient en outre de régions et d'organismes très diversifiés et avaient vécu diverses expériences de vie. Plusieurs personnes non autochtones ont participé également à cette réunion. Les participantes et participants à l'Atelier étaient composés de représentantes et représentants d'organismes de santé autochtones et de femmes autochtones, de chercheuses et chercheurs, de représentantes et représentants des CESF et de Santé Canada, notamment du Bureau pour la santé des femmes, qui avait financé cet événement. Les discussions lors de l'Atelier ont souvent porté sur les questions, les préoccupations et les problèmes découlant des initiatives de recherche des CESF.

Les femmes autochtones qui ont participé à l'Atelier ont clairement précisé que leur santé était indissociable de celle de leur famille et de leur collectivité. En bref, on n'insistera jamais assez sur le rôle vital des femmes autochtones à titre d'aidantes naturelles, de leaders et de personnes nourricières.

Lors de la préparation du présent document, un total de 26 rapports provenant des Centres ont été examinés et analysés. Comme l'indique clairement le tableau 1, l'ensemble de ces initiatives étaient associées au Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal (CESAF) et au Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Maritimes (CESFM), alors qu'un plus petit nombre d'initiatives étaient associées au Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies (CESFP), au Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB) ou au Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM).

Dans la majorité des cas, les Centres d'excellence ont offert un financement ou d'autres formes de soutien tandis que la responsabilité pour le développement et la mise en place du projet relevait des organismes et des personnes proposant le projet. Bien que le rôle précis des Centres variait d'un projet à l'autre, le réseautage et l'établissement de partenariat entre le personnel desCcentres et les membres des communautés autochtones de même que les organismes des femmes autochtones étaient, de toute évidence, une caractéristique importante de bon nombre d'initiatives, et cela est particulièrement évident dans le cas du CESAF, des Femmes autochtones du Québec (FAQ) et des Femmes autochtones de Montréal (FAM).

Étant donné l'éventail d'intérêts et de préoccupations qui reprennent en sous-œuvre les divers projets, il n'est pas surprenant que ces projets aient des objectifs, des méthodologies et des résultats très hétérogènes. De ce fait, alors que plus de la moitié des initiatives peuvent être décrites comme étant axées sur la recherche, jusqu'au point de chercher à faire la lumière sur un problème particulier et à recommander des solutions, les autres ont adopté divers moyens d'aborder les questions se rapportant à la santé des femmes autochtones et aux préoccupations sur le plan du bien-être. Par exemple, dans trois cas, le projet avait comme principal but de favoriser la prise en main personnelle des femmes autochtones en organisant des rassemblements où elles pouvaient apprendre et échanger avec les autres. En outre, d'autres initiatives ont porté sur l'élaboration d'outils pouvant aider ces femmes à avoir accès aux services ou à faire des choix de vie sains.

Tout en répondant aux objectifs décrits précédemment, les projets ont fait appel à diverses méthodologies et diverses approches. Dans un certain nombre de cas, les promoteurs

se sont servis d'enquêtes et d'un échantillon important de personnes sélectionnées au hasard. Dans d'autres cas, en particulier pour les projets qui portaient uniquement sur les femmes autochtones, les promoteurs privilégiaient les méthodes qualitatives, et ont fait appel à des entrevues semi-structurées, des groupes de discussion et des observations provenant des participants comme principaux moyens pour recueillir les connaissances et l'expérience des femmes.

À cet égard, on devrait noter que, bien qu'un large éventail de populations autochtones aient été prises en considération dans les divers projets et initiatives, dans presque tous les cas, l'attention principale était tournée vers les préoccupations en matière de santé des femmes des Premières Nations. Pourtant, cela ne veut pas dire que les femmes métisses ou inuits étaient absentes des échantillons ayant servi aux études. Dans de nombreux cas, les recherches ont été réalisées auprès de groupes de femmes autochtones qui étaient traditionnellement ignorées ou marginalisées. De façon plus remarquable, ces études comprennent des femmes indiennes non inscrites, les femmes autochtones vivant en milieu urbain et les femmes autochtones ayant des problèmes avec la loi. Il y a lieu de faire remarquer ici que la participation et la représentation des femmes autochtones dans la recherche ont été soulevées à plusieurs reprises dans le compte rendu de l'Atelier, et elles seront traitées plus en détail dans une autre section du présent document.

Enfin, certaines initiatives des CESF sont également remarquables à cause de l'importance qu'elles accordent à la diffusion à grande échelle des résultats. Dans certains cas, comme le guide de prévention du diabète financé par le CESAF, la communication est inévitablement la

	État de santé	Violence et abu sexuels	Toxicomanie et santé de la mère	Comporte-ments favorisant la santé	Accès aux services	Total
CESFM Halifax	5	0	0	0	1	6
CESAF Montréal	1	2	1	3	2	9
RPSFM Toronto	0	0	0	0	1	1
CESFP Winnipeg	0	1	1	1	1	4
CESFCB Vancouver	0	0	1	0	5	6
Total	**6**	**3**	**3**	**4**	**10**	**26**

Tableau 2 – Thèmes des projets réalisés par chaque centre

se sont servis d'enquêtes et d'un échantillon important de personnes sélectionnées au hasard. Dans d'autres cas, en particulier pour les projets qui portaient uniquement sur les femmes autochtones, les promoteurs privilégiaient les méthodes qualitatives, et ont fait appel à des entrevues semi-structurées, des groupes de discussion et des observations provenant des participants comme principaux moyens pour recueillir les connaissances et l'expérience des femmes.

À cet égard, on devrait noter que, bien qu'un large éventail de populations autochtones aient été prises en considération dans les divers projets et initiatives, dans presque tous les cas, l'attention principale était tournée vers les préoccupations en matière de santé des femmes des Premières Nations. Pourtant, cela ne veut pas dire que les femmes métisses ou inuits étaient absentes des échantillons ayant servi aux études. Dans de nombreux cas, les recherches ont été réalisées auprès de groupes de femmes autochtones qui étaient traditionnellement ignorées ou marginalisées. De façon plus remarquable, ces études comprennent des femmes indiennes non inscrites, les femmes autochtones vivant en milieu urbain et les femmes autochtones ayant des problèmes avec la loi. Il y a lieu de faire remarquer ici que la participation et la représentation des femmes autochtones dans la recherche ont été soulevées à plusieurs reprises dans le compte rendu de l'Atelier, et elles seront traitées plus en détail dans une autre section du présent document.

Enfin, certaines initiatives des CESF sont également remarquables à cause de l'importance qu'elles accordent à la diffusion à grande échelle des résultats. Dans certains cas, comme le guide de prévention du diabète financé par le CESAF, la communication est inévitablement la

	État de santé	Violence et abu sexuels	Toxicomanie et santé de la mère	Comporte-ments favorisant la santé	Accés aux services	Total
CESFM Halifax	5	0	0	0	1	6
CESAF Montréal	1	2	1	3	2	9
RPSFM Toronto	0	0	0	0	1	1
CESFP Winnipeg	0	1	1	1	1	4
CESFCB Vancouver	0	0	1	0	5	6
Total	**6**	**3**	**3**	**4**	**10**	**26**

Tableau 2 – Thèmes des projets réalisés par chaque centre

principale préoccupation puisque, pour être utile, le guide doit être accessible à l'auditoire visé. En même temps, bon nombre de promoteurs de projets se sont engagés à des formes multiples de distribution et ont insisté particulièrement sur la représentation des conclusions de façons appropriées et significatives aux femmes autochtones.

Selon de nombreux participantes et participants à l'Atelier, les auteurs de propositions ne portent habituellement pas assez d'attention à la diffusion des résultats qui constitue toutefois un élément crucial du processus de recherche. Cependant, étant donné que seule la communication des résultats de recherche incite probablement la prise de mesures, les participantes et participants ont demandé à ce qu'on affecte plus de ressources dans ce domaine.

Par la même occasion, les femmes ont déclaré qu'elles étaient fortement en faveur du principe de la diffusion à dessein. Selon elles, les personnes qui participent à la recherche en matière de santé des femmes autochtones doivent concentrer leur attention à identifier des auditoires clés, notamment des femmes et hommes politiques, des dirigeantes et dirigeants communautaires et des décisionnaires, et cibler les résultats en conséquence. Cependant, cela ne veut pas dire que les participantes et participants à l'Atelier n'étaient pas autant préoccupés par la question de diffusion des résultats au niveau de la collectivité. D'une part, plusieurs femmes ont souligné l'importance d'assurer que les rapports soient disponibles dans un format accessible et qu'ils soient traduits dans la première langue de tous les lectrices et lecteurs potentiels. D'autre part, les femmes ont également discuté de moyens de partager les résultats de recherche de manières créatives et novatrices, par exemple, par l'entremise d'émissions de radio de ligne ouverte.

3.3 Idées et thèmes principaux découlant des initiatives des CESF et de l'ANRSFA

Si les initiatives en matière de santé des femmes autochtones entreprises ou appuyées par les centres d'excellence se caractérisent par la diversité de la méthodologie et de l'approche, elles sont tout aussi hétérogènes sur le plan des thèmes abordés et des idées présentées. En examinant les projets, cinq principaux thèmes se sont démarqués; ils comprennent la situation de santé de la femme autochtone, la violence et les abus sexuels, la toxicomanie et la santé de la mère, le comportement favorisant la santé et l'accès aux services.

Tandis que ces thèmes fournissent un cadre autour duquel les discussions des diverses initiatives seront organisées, il faudrait noter que des projets particuliers peuvent traiter de questions s'étendant sur plus d'une catégorie (comme c'est le cas pour le document intitulé *Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba* [Étude sur les besoins en service de la femme enceinte toxicomane au Manitoba] du CESFP). Dans un tel cas, les auteurs ont choisi les catégories qui s'intégraient le mieux, et, en même temps, ils se sont efforcés d'aborder les constatations du projet dans leur ensemble.

3.3.1 État de santé

En tout, six des initiatives étudiées évaluent l'état général de la santé des populations autochtones particulières, notamment des Mi'kmaq de la Nouvelle-Écosse et des Inuits et des Cris du Nord du Québec. Même si ces projets varient grandement, en ce sens qu'ils en sont à différentes étapes de réalisation (certains sont terminés alors que les autres sont en cours) et que les hommes sont exclus ou non de leur analyse, ils partagent une définition

holistique de la santé qui s'étend au-delà de la prévalence de certaines maladies ou de facteurs de risques connexes.

Il se peut que l'initiative la plus ambitieuse des initiatives ait été une étude préparée en 1999 par le Nova Scotia Mi'kmaq Health Research Group. Le rapport, qui a nécessité 723 entrevues structurées réalisées dans 13 collectivités situées dans des réserves de la Nouvelle-Écosse, dresse un profil détaillé de la santé des enfants, des adolescents et des adultes des deux sexes. Pour ce qui est de la santé des femmes autochtones, alors que de nombreuses conclusions correspondent aux autres recherches dans les domaines comme l'obésité, le diabète et le tabagisme durant la grossesse chez les femmes, le rapport fait un certain nombre d'observations importantes. Ces observations comprennent des résultats qui indiquent que peu de bébés Mi'kmaq ont un faible poids à la naissance, et qu'une grande proportion (60 p. 100) des femmes estiment que leur expérience vécue dans un pensionnat a contribué aux problèmes de santé ou de bien-être auxquels elles sont confrontées.

Un autre aspect digne de mention sont les conclusions qui révèlent une incidence de la dépression, de la faible estime de soi et de la toxicomanie chez les adolescentes qui est beaucoup plus élevée que chez leurs homologues du sexe masculin. En fait, c'est précisément en réponse à ces derniers résultats que les membres du Nova Scotia Mi'kmaq Health Research Group ont lancé un deuxième projet, qui faisait appel à des entrevues semi-structurées et à des entretiens avec des groupes de discussion afin de faire la lumière sur les expériences de stress vécues par les adolescentes Mi'kmaq. En attendant, madame Patricia Doyle Bedwell examine également les points de vue de la santé mentale et du bien-être chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve dans les Maritimes, en portant une attention particulière aux expériences de ces femmes avec les prestateurs de services de santé mentale. Toutefois, comme le travail sur ces deux projets se poursuit au moment de la rédaction du présent rapport, aucun rapport des résultats n'était disponible aux fins d'analyse.

Parmi les autres projets appuyés par le CESFM, il y a deux initiatives de recherche qui explorent les priorités en matière de santé des femmes de la Nouvelle-Écosse, de même que leur perception des déterminants de la santé et du bien-être. Dès le début, il faudrait noter qu'aucune étude ne portait exclusivement sur les femmes autochtones. Ces femmes étaient plutôt un des nombreux groupes faisant l'objet de l'étude.

Confirmant les résultats des autres études, Barksdale *et coll.* ont constaté que les femmes autochtones avaient diverses définitions de la santé qui s'écartaient considérablement des définitions des femmes non autochtones, et que ces définitions sont moins susceptibles de correspondre à des catégories aussi discrètes que «absence de maladie», «bonne santé, se sentir bien» ou «être apte sur le plan psychologique». De manière significative, les femmes autochtones insistent également sur le rôle nuisible que jouent le racisme et le sexisme à miner leur santé et leur bien-être, de même que les effets nuisibles de la pauvreté, du chômage et des services de santé inadéquats sur le plan culturel ou inaccessibles.

Une approche quelque peu différente a été adoptée par les auteurs d'une analyse sur les problèmes de santé auxquels font face les femmes inuits et cries vivant dans le nord du Québec, laquelle est financée par le CESAF. Au moyen des renseignements provenant des enquêtes sur la santé réalisées par Santé Québec, Lavallée,

Bourgault et Petawabano ont cherché à faire une nouvelle interprétation des données du point de vue du sexe, puis elles ont organisé des groupes de discussion pour parler des résultats avec les travailleurs de première ligne des collectivités inuits et cries. Leurs constatations ont souligné un certain nombre de différences entre les deux groupes de femmes : par exemple, la fréquence des femmes inuits qui fument régulièrement était deux fois plus élevée que chez la population des femmes cries, tandis que les femmes inuits (14,4 p.100) étaient deux fois plus susceptibles d'avoir fait des tentatives de suicide que les femmes cries (4,9 p. 100).

De même, il y avait une convergence marquée des opinions dans les groupes de discussion lorsque l'on a demandé aux travailleurs de première ligne inuits et cris d'identifier leurs plus grands besoins en matière de renseignements sur la santé. En résumé, les deux groupes ont souligné l'importance d'un accès facile à des documents sur le développement sain des enfants, l'éducation sexuelle, la nutrition et la dépression. Toutefois, les femmes inuits en particulier ont souligné le besoin de réaliser une étude sur la fréquence du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) dans leur collectivité, et que les documents utilisés pour l'éducation et la prévention soient préparés localement.

Si on tient compte de la documentation importante sur la santé des femmes autochtones, il est évident que les projets qui ont fait l'objet de discussion ci-dessus reflètent une préoccupation généralisée au sein des chercheuses et chercheurs à l'égard de l'état de santé des femmes autochtones. D'une part, on la perçoit dans le cadre des grandes enquêtes entreprises au cours des dix dernières années qui documentent l'incidence selon le sexe de certaines maladies et les facteurs de risque associés au sein de la population autochtone (comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999). D'autre part, on a mené de nombreuses études au niveau de la collectivité ou au niveau régional qui examinent les répercussions de maladies telles que le diabète, le VIH et le SIDA, le cancer et la dépression sur les femmes autochtones (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 1996; S. Abbey et E. Hood, 1993). Même si l'orientation de certains de ces travaux demeure très axée sur la technocratie, dans bon nombre de cas, les chercheuses et chercheurs ont tenté de démontrer explicitement les liens entre le piètre état de santé des femmes autochtones et leur marginalisation socio-économique (McBride et Bobet, 1990).

Ces liens ont également été soulevés lors de l'ANRSFA. En effet, dès le début, les participantes et participants ont mis en évidence le fait que les problèmes de santé des femmes autochtones peuvent seulement être compris en tenant compte des réalités et des expériences aux plans social, politique et économique. Selon eux, cette situation résulte des répercussions toujours ressenties de l'héritage colonialiste, y compris les pensionnats et le projet de loi C-31, sur l'état de santé des femmes autochtones. Le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal ont été décrits comme des exemples dans la vie actuelle qui illustrent comment la marginalisation socio-économique affecte la santé des peuples autochtones. Pour reprendre les paroles d'une participante :

> *«Lorsqu'on parle à des femmes enceintes toxicomanes, aucune d'entre elles n'essaie de causer du tort à son bébé. Ces femmes sont plutôt aux prises avec des problèmes à long terme de toxicomanie. Il est aussi question de*

tout ce qui se passe dans la vie de ces femmes, tout d'abord la pauvreté qui a forcé bon nombre d'entre elles à consommer de l'alcool.»
(Traduction libre)

3.3.2 Violence et abus sexuel

Même si la violence et l'abus sexuel n'existent pas seulement chez la population autochtone du pays, les effets combinés de la colonisation, du stress au sein de la collectivité et de la toxicomanie favorisent fort probablement la création d'un milieu propice à ces types de comportements destructeurs (E. LaRocque, 1994; B. Manyfingers, 1994). En effet, compte tenu de l'incidence élevée de violence au sein de nombreuses collectivités autochtones, il n'est pas surprenant que l'on ait concentré beaucoup d'efforts sur cette question. On a ainsi entrepris des travaux aux plans national et local dans certains domaines de politiques, soit des services de santé et sociaux à l'application de la loi et à la réadaptation (Frank, 1992; Manyfingers, 1994; McEvoy et Daniluk, 1995; l'Association des femmes autochtones du Canada, 1997).

Les participantes et participants à l'ANRSFA ont souligné le degré de corrélation entre le comportement des hommes et l'état de santé des femmes. Autrement dit, le vécu quotidien de rapports de pouvoir inégaux et d'exploitation sexuelle, physique et émotionnelle contribue à diminuer l'état de santé des femmes autochtones.

Parmi les trois initiatives associées aux Centres d'excellence qui traitent de questions liées à la violence, on pourrait affirmer que deux d'entre elles sont axées sur la recherche et l'autre, sur la pratique. Dans la dernière initiative, les promoteurs du projet ont reçu du financement du CESAF pour mettre sur pied un programme communautaire d'une durée de deux ans en vue de faire de l'éducation et de fournir du soutien aux femmes victimes de violence, dans un cadre holistique. Grâce à l'accent mis sur les approches utilisées par le personnel de l'organisme et sur les approches traditionnelles à la guérison, l'initiative a réussi à aider les participantes à s'affranchir de leurs expériences d'abus et à devenir des membres actifs au sein de leur collectivité.

Via un autre projet appuyé par le CESAF, les membres du *Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes* ont entrepris un examen étendu de la documentation en vue de servir de base à la conception de l'interrelation entre la violence et la santé dans des milieux autochtones et non autochtones. N. Jauvin, M. Clément et D. Damant ont constaté non seulement un manque généralisé de recherche portant sur l'interrelation entre la violence et la santé, mais ils ont également remarqué, en ce qui concerne les femmes autochtones en particulier, que les travaux les plus récents dans ce domaine ont mis en évidence les conséquences de la violence sur la santé, y compris les troubles mentaux, la toxicomanie et les pensées suicidaires. Quant à eux, les auteurs soutiennent que la violence devrait être perçue comme un obstacle à un bon état de santé qui interagit avec d'autres déterminants de la santé de façon complexe et multiple.

Par ailleurs, dans une initiative financée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies, on a mené des entrevues et organisé des groupes de consultation auxquels ont participé environ 50 femmes en conflit avec le système judiciaire et qui s'infligeaient des blessures volontaires, afin de mieux comprendre leurs milieux, leurs besoins et leurs réalités. Près de 65 p. 100 des participantes provenaient des collectivités des Premières Nations ou Métisses, et les autres participantes se sont identifiées

comme étant de race blanche ou «autre». Même si la recherche confirme les résultats des études antérieures, présentant une corrélation étroite entre les expériences d'abus à l'enfance et les blessures volontaires, le projet a révélé un lien tout aussi fort entre les expériences de violence et d'abus chez les adultes et les blessures volontaires. De plus, C. Filmore et coll. ont également identifié certains des principaux domaines de besoins chez les femmes qui s'infligeaient des blessures volontaires, y compris tout particulièrement la communication en guise de moyen pour exprimer la douleur, et l'importance d'acquérir un sens de maîtrise de leur vie.

3.3.3 Toxicomanie et santé de la mère

On ne connaît toujours pas précisément le nombre d'enfants autochtones qui sont touchés par le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et les effets de l'alcool sur le foetus (EAF), mais on croit qu'il s'agit là d'un problème grave dans de nombreuses collectivités (Secrétariat de santé des Premières Nations, 1997; Pauktuutit, 1998). Par conséquent, il n'est pas surprenant qu'au moins deux des projets associés aux centres d'excellence portent sur des questions touchant la toxicomanie chez les femmes enceintes autochtones.

Parlons d'abord du premier projet entrepris au Manitoba avec l'appui du CESFP. Dans cette étude, Caroline Tait a examiné les milieux et les besoins en matière de services d'un échantillon de 74 femmes enceintes principalement autochtones qui avaient des problèmes de toxicomanie. À la suite d'une série d'entrevues et de groupes de discussion avec les femmes et les travailleuses et travailleurs de première ligne, C. Tait a constaté que les participantes avaient tendance à faire preuve de beaucoup de pragmatisme lorsqu'elles déterminaient les services qu'elles utiliseraient, ce que les prestateurs de services interprétaient souvent à tort comme un comportement de non-respect ou de manque de motivation. Fait important, signalons qu'une grande majorité de femmes ont également mentionné avoir fait face à au moins un obstacle pour avoir accès au traitement, même si on a constaté que la grossesse constituait une période particulièrement opportune pendant laquelle elles pourraient être incitées par les prestateurs de services à chercher à obtenir des services de toxicomanie.

Dans le second cas, Femmes autochtones de Montréal (FAM) a reçu du financement du CESAF pour entreprendre un examen des comportements en matière de toxicomanie pendant la grossesse en vue de constituer une documentation de base de laquelle on pourrait s'inspirer pour élaborer des stratégies plus efficaces de prévention et de traitement pour les femmes autochtones en milieu urbain, pour leurs familles et leurs collectivités. Des résultats correspondant à ceux de l'étude menée au Manitoba, qui a été évaluée ci-dessus, ont démontré que la pauvreté et la victimisation par le partenaire d'une femme enceinte étaient étroitement associées à la toxicomanie de cette dernière pendant sa grossesse. De plus, FAM a non seulement constaté que les femmes autochtones à risque élevé ne réussissaient pas très souvent à distinguer clairement le lien manifeste entre la toxicomanie et des répercussions néfastes sur l'état de santé du fœtus, mais qu'elles étaient plus susceptibles de profiter de services de soutien qui sont axés sur leur état de santé génésique général et pratiquement pas sur leur toxicomanie.

Dans une grande mesure, les questions soulevées dans les deux dernières études reflètent une préoccupation de longue date au sein des

chercheuses et chercheurs consistant à documenter les comportements des femmes autochtones à l'égard de la toxicomanie et à évaluer leurs besoins en matière de services. En particulier, on s'est beaucoup concentré sur les moyens de prévenir la toxicomanie chez les mères enceintes, ce qui a amené madame Marion Mussell à insister sur l'importance de ne pas culpabiliser les femmes qui consomment de l'alcool (Assemblée des Premières Nations, 1997). On doit plutôt «[...] lier la prévention à la compréhension [...] la raison pour laquelle les personnes consomment de l'alcool et aux personnes victimes d'abus» (traduction libre) (ibid., p. 48). Entre-temps, d'autres ont demandé à ce qu'on élabore des options de traitement novatrices à l'intention des femmes enceintes autochtones qui consomment de l'alcool ou des drogues (Namyniuk *et coll.*, 1997) et que l'on utilise des programmes alimentaires prénataux afin de favoriser la discussion et la promotion de choix judicieux à l'égard du mode de vie (G. Robinson *et coll.*, 1985).

3.3.4 Comportements favorisant la santé

Étant donné que, depuis très longtemps les collectivités principales œuvrant dans la recherche et dans l'élaboration de politiques ont tendance à dépeindre les femmes autochtones comme des victimes et à décrire leur vie en termes pathologiques (Dion Stout et Kipling Mar., 1998), il est significatif qu'au moins quatre des initiatives associées aux Centres d'excellence pour la santé des femmes portent principalement sur la documentation et la promotion des comportements favorisant la santé des femmes autochtones.

Il s'agit-là d'une étape importante, car les femmes autochtones, y compris celles qui ont participé à l'ANRSFA, demandent qu'on réoriente les activités de recherche de sorte à mettre l'accent sur des stratégies éclairées et sur les nombreux progrès, soit les éléments positifs, réalisés dans la vie des femmes autochtones. Ainsi, une participante à l'Atelier a affirmé : «Nous devons nous tourner vers la naissance au lieu de la mort, vers le bien-être au lieu de la maladie, vers les comportements positifs au lieu de la culpabilité» (traduction libre). De même, d'autres ont soutenu que l'on devrait entreprendre un travail soutenu dans le domaine du ressort psychologique des femmes autochtones ainsi que des «moments déterminants» pendant lesquels ces femmes font des choix importants dans leur vie, par exemple, lorsqu'elles décident de cesser de fumer ou d'adopter un mode de vie plus sain.

Fait significatif, plusieurs études des Centres étaient axées sur les expériences et les choix positifs. Dans deux de ces cas, le CESAF a fourni un soutien financier pour réunir des femmes autochtones de divers milieux socioculturels lors d'une conférence de promotion du mieux-être en janvier 1998 et pour organiser une série d'ateliers sur les compétences en créativité et en leadership qui ont eu lieu de juin 1998 à mars 1999. Ainsi, en mettant l'accent sur le partage des histoires et des expériences et sur le développement des habiletés innées et de la force de caractère, les deux projets ont permis aux participantes de se prendre en main et d'établir des liens avec d'autres femmes autochtones. Disposant d'une tribune, les participantes à la conférence de promotion du mieux-être ont identifié des préoccupations particulièrement importantes, entre autres, la violence conjugale, l'identité culturelle des enfants adoptés et la nécessité d'examiner les préoccupations particulières en matière de santé et de mieux-être des femmes autochtones plus âgées et plus jeunes.

Dans une section précédente de ce rapport, on a identifié que le diabète constituait une question de santé importante chez la population des femmes

autochtones. À la lumière de cette constatation, il n'est pas surprenant que l'une des initiatives associées aux Centres d'excellence ait cherché à aider les femmes autochtones à faire face à la maladie en préparant un manuel de prévention et d'éducation sur le diabète en tenant compte de leurs préoccupations et de leurs besoins particuliers. Prétendant que les approches traditionnelles envers le diabète ne conviennent souvent pas aux milieux autochtones, Roy et Fecteau ont cherché à élaborer un cadre de rechange fondé sur les connaissances et expériences propres aux femmes autochtones. À la suite d'une série de 25 entrevues et de 9 groupes de consultation, les auteurs ont été en mesure d'identifier des stratégies de prise en charge fructueuses utilisées par les femmes autochtones ainsi que les défis particuliers qu'elles devaient relever pour assurer la gestion de leur maladie. Elles devaient en effet faire face à plusieurs situations difficiles qui variaient de l'indifférence des professionnels de la santé aux pressions exercées par les amis et les membres de la famille.

La documentation des comportements favorisant la santé était également au premier plan d'une étude à grande échelle financée par le CESFP. Comptant presque 1 200 participantes des Premières Nations des collectivités vivant dans des réserves au Manitoba, ce projet visait à examiner les caractéristiques clés qui distinguaient les comportements des femmes autochtones de ceux des hommes autochtones. En dépit d'un niveau élevé de marginalisation socio-économique, Elias et coll. ont constaté que les personnes des Premières Nations des deux sexes ont pris des mesures positives pour améliorer leur état de santé et sont déterminées à adopter un mode de vie équilibré.

Cependant, bon nombre des différences fondées sur le sexe étaient toujours apparentes. Corroborant les résultats d'autres études, les auteurs ont constaté une tendance : les femmes des Premières Nations du Manitoba se caractérisaient par un niveau de scolarisation plus élevé que leurs homologues de sexe masculin, mais elles étaient plus susceptibles de dépendre de l'aide du revenu et de connaître l'instabilité économique. Pourtant, on a constaté qu'un plus grand nombre de ces femmes avaient cessé de fumer ou avaient changé leurs habitudes alimentaires pour le mieux, alors que les hommes étaient plus susceptibles d'être davantage actifs physiquement.

Des études affiliées au CESF ont mit l'accent sur les choix positifs que de nombreuses femmes autochtones ont fait pour elles-mêmes et leur famille. Les participantes et participants à l'ANRSFA ont aussi discuté d'un groupe de recherches qui reconnaissent le rôle central des femmes autochtones pour aborder les problèmes de santé des peuples autochtones. Même si l'on reconnaît que certains auteurs et auteurs tentent depuis longtemps de documenter et d'examiner les comportements favorisant la santé des femmes autochtones (J. Billson, 1992; J. Lowell, 1995), ce n'est que très récemment que ce concept est devenu une question de préoccupation généralisée dans les communautés de la recherche et des politiques.

Pour citer une participante à l'Atelier : «Il est plus facile d'organiser en fonction des aspects positifs [...] Il y a un aspect dont on ne parle pas assez, c'est la force de caractère des femmes. Nous avons tendance à prendre la parole pour raconter seulement des mauvaises expériences et non des bonnes» (traduction libre).

3.3.5 Accès aux services

Dans la documentation sur la santé des Autochtones, de nombreuses études ont mis en évidence les difficultés auxquelles les femmes

autochtones doivent faire face pour avoir accès au système traditionnel de services de santé et de services sociaux. Cependant, même lorsqu'elles utilisent les services du système traditionnel, elles sont souvent confrontées au racisme, à l'indifférence culturelle et au manque de personnel autochtone (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 1996, idem, 8 sept. 2000).

À l'occasion de l'ANRSFA, on a longuement discuté des interactions des femmes autochtones avec les professionnels de la santé et des services sociaux. En effet, même si les professionnels offrant ces services prétendent souvent qu'ils traitent tous les gens de la même façon, on s'entendait largement pour dire que les femmes autochtones font souvent l'objet de racisme, de préjudices ou d'insensibilité lorsqu'elles essaient d'avoir accès aux services de santé. Selon les participantes et participants à l'ANRSFA, ces femmes se retrouvent isolées et marginalisées, et cela les incite à éviter le système de santé traditionnel.

En particulier, plusieurs femmes ont soutenu que l'on doit faire plus pour assurer que les professionnels de la santé interagissent avec respect avec les membres des collectivités dans lesquelles ils travaillent. Ainsi, comme l'a clairement indiqué une participante inuit, «[...] de nombreuses infirmières qui viennent dans le Nord ne comprennent pas notre histoire ni notre culture, et nous recommandons alors qu'elles suivent une formation d'initiation aux différences culturelles avant de venir travailler dans nos collectivités» (traduction libre).

Fait important, certaines études effectuées par les Centres d'excellence démontrent la mesure selon laquelle la géographie joue un rôle dans l'inaccessibilité des services aux femmes autochtones. Il s'agit-là d'un problème sérieux dans de nombreuses collectivités, particulièrement celles dans le Nord (Pauktuutit, avril 2001). De plus le manque de services de santé communautaire de base essentiels, tels que le dépistage du cancer, force les femmes à quitter leur foyer pendant des jours, voire des semaines, bouleversant ainsi leur vie et celle des membres de leur famille.

Un rapport récent de Pauktuutit a également mis en évidence les problèmes liés à l'inaccessibilité des services de santé. Il mentionne qu'une grande majorité des répondantes et répondants à Kitikmeot, à Qikiqtaaluk, au Nunavik et au Labrador avaient précisé qu'ils avaient besoin d'un centre de naissance en vue de fournir une autre option aux femmes inuits qui doivent actuellement s'envoler vers le sud pour donner naissance (ibid.). Les participantes et participants à l'ANRSFA ont également souligné l'importance de tels centres de naissance, et l'une d'entre eux, en particulier, a soutenu que d'envoyer les femmes autochtones accoucher dans des hôpitaux plus au sud nuit à leur santé, car elles sont ainsi retirées de leurs réseaux sociaux et des systèmes de soutien familiaux. De plus, il y a lieu de faire remarquer que la politique gouvernementale concernant les femmes enceintes et qui donnent naissance a contribué à invalider le rôle des sages-femmes inuits traditionnelles (S. Linehan, 1992; J. Lowell, 1995).

En plus des barrières géographiques à l'accessibilité des services de santé, les femmes autochtones qui ne parlent pas anglais ni français sont souvent confrontées à un autre défi lorsqu'elles essaient d'utiliser ces services. À la lumière de cette situation, les participantes et participants à l'ANRSFA ont insisté sur l'importance d'assurer que la documentation sur la santé et les services de santé soient accessibles dans des formats qui tiennent compte des aspects linguistiques et culturels appropriés.

On a traité des questions portant sur les besoins en services et leur accessibilité dans au moins sept rapports de recherches affiliées aux CESF. En Colombie-Britannique, par exemple, des chercheuses et chercheurs appuyés par le CESFCB ont entrepris des travaux dans la collectivité autochtones de Carrier d'évaluer les dimensions positives et négatives des expériences que des femmes autochtones ont vécu dans le système de santé traditionnel. Bien que A. Browne, J. Fiske et G. Thomas aient trouvé certains exemples de rentx79res «positives» dans lesquelles des professionnels de la santé avaient respecté l'héritage culturel des participantes et participants, ils ont également relevé de nombreux exemples «négatifs» ou invalidants. Ces exemples portaient entre autres sur des situations dans lesquelles on avaient rejeté ou banalisé les préoccupations des femmes, elles étaient jugées selon des stéréotypes négatifs ou on n'a pas tenu compte de leurs circonstances personnelles. Ces résultats ont donc incité les chercheuses et chercheurs à demander à ce qu'on adopte des politiques et des pratiques de santé qui englobent le concept de la sécurité culturelle et reconnaissent le rôle principal d'aidante naturelle des femmes autochtones.

Le CESFCB a également fourni des fonds pour appuyer une étude menée par mesdames Nancy Poole et Barbara Isaac en vue d'examiner les barrières et les appuis des femmes enceintes ou ayant des enfants, ou les deux, qui entreprennent de participer à un programme de désintoxication à Vancouver et à Prince George. Parmi les 47 femmes qui ont accepté de participer au projet de recherche, 40 p. 100 étaient autochtones. Les participantes ont identifié plusieurs barrières importantes à l'égard du traitement, y compris la honte, la peur de perdre leurs enfants et d'être traitée de manière préjudiciable. Elles ont également mis en évidence des appuis, soit du soutien des professionnels à celui d'amis et de membres de la famille. À la lumière des expériences des participantes à ce projet, mesdames Poole et Isaac ont formulé une série de recommandations, y compris la nécessité d'aborder l'aspect de la stigmatisation, de la honte et des préjudices expérimentés par les mères et les femmes enceintes toxicomanes, sur l'importance de veiller à ce que les femmes et leurs familles aient accès à des soins complets.

Les participants et participantes à l'ANRSFA ont également soutenu que les femmes autochtones ont tendance à demeurer invisibles dans le système traditionnel de services de santé et de services sociaux sauf pendant des périodes particulières dans leur vie, notamment pendant la grossesse, lorsqu'elles sont étroitement surveillées et soumises à des pratiques coercitives. C'est particulièrement vrai au sein des prestataires d'aide sociale. Elles sont non seulement victimes de stigmatisation de la part des prestataires de services qui les perçoivent comme non responsables s'il leur arrive de manquer un rendez-vous, mais elles sont surveillées par des voisins qui sont prêts à signaler aux autorités toute transgression perçue.

Entre-temps, les expériences en matière de santé des femmes autochtones vivant dans un quartier hautement marginalisé à Vancouver constituaient le point central d'une étude associée au RPSFM menée par Cecilia Benoit et Dena Carroll. Grâce à 25 entrevues avec des prestateurs de services et à une série de trois groupes de consultation avec des femmes autochtones, les auteurs ont cherché à évaluer la mesure selon laquelle la Vancouver Native Health Society (VNHS), un centre de santé urbain local situé dans la partie est du centre-ville de Vancouver, répondait aux besoins de ces femmes en matière de services.

Même si les participantes du groupe de consultation ont présenté une évaluation généralement positive à l'égard de certains aspects des programmes de la VNHS, notamment le milieu de soutien et non enclin à porter des jugements qui caractérise le Sheway Project (projet Sheway), destiné aux femmes enceintes consommant de l'alcool et des drogues, elles ont également identifié plusieurs barrières importantes à l'accès aux services. Ainsi, elles ont mentionné le manque de sécurité et d'anonymat lorsque les femmes visitaient la clinique de consultation sans rendez-vous de la VNHS qui est principalement fréquentée par des clients de sexe masculin; la prédominance des approches occidentales en matière de counselling qui excluent des formes plus traditionnelles de guérison; et le manque généralisé de personnel féminin en santé. Par conséquent, Benoit et Carroll demandent non seulement la mise en œuvre de mesures pour améliorer la quantité et la pertinence des services de santé et des services sociaux offerts aux femmes autochtones dans la partie est du centre-ville, mais elles insistent sur l'importance de demander aux femmes autochtones elles-mêmes de faire part de leurs besoins et de leurs priorités.

Dans une évaluation approfondie des cinq premières années du Sheway Project menée par madame Nancy Poole du CESFCB, les perspectives des femmes qui avaient eu recours au programme Sheway constituaient un élément clé du processus. L'expression artistique et les discussions dans le cadre de groupes de consultation ont aidé les utilisatrices du programme à définir comment le projet Sheway les avait aidées. De plus, on a recueilli des résultats concernant la naissance et la santé des femmes et de leurs enfants en effectuant un examen des dossiers et en menant des entrevues auprès de sources clés. De nombreuses femmes qui avaient participé au projet Sheway sont autochtones et font face à la pauvreté, à la faim, à un faible soutien social et à des difficultés entourant l'appréhension et la garde de leurs enfants. Les résultats ont démontré que le programme Sheway avait eu une incidence considérablement positive sur le poids à la naissance des bébés et sur l'état nutritionnel des mères au fil des années, mais que le projet Sheway doit élaborer un programme plus proactif de lutte contre la toxicomanie et un meilleur système pour évaluer les retards de développement chez les nourrissons et les très jeunes enfants.

Les participantes et participants à l'ANRSFA ont mis beaucoup d'emphase sur la nécessité de fournir un appui aux les services. En fait, le manque de soutien a eu des effets dévastateurs sur le tissu social de bon nombre de collectivités et familles autochtones. Une participante a d'ailleurs critiqué le fait que les agences de protection de l'enfance n'accordent aucun soutien lorsqu'elles retirent le bébé d'une mère autochtone en raison de sa toxicomanie :

> *«J'ai pu constater que les agences disent aux femmes de satisfaire aux conditions A, B et C pour reprendre leur bébé. Cependant, elles ne les aident pas à y arriver, et lorsqu'elles y arrivent, elles reprennent leur bébé, mais elles ne disposent d'aucun soutien et retombent dans les mêmes problèmes et perdent à nouveau leur bébé.»* (Traduction libre)

Par ailleurs, les participantes et participants à l'ANRSFA ont remarqué que même si les services sont facilement accessibles, il se peut que leur conception ou leur mode de prestation ne soient pas appropriés au plan culturel, les rendant ainsi inaccessibles. Par conséquent, les femmes autochtones n'utilisent peut-être pas de tels

services, ce qui diminue encore leur état de santé général. Ce point a été soulevé par une femme qui assistait à l'Atelier et qui a affirmé que les femmes inuits séropositives qui vivent à Montréal meurent habituellement très rapidement, simplement parce qu'il y a un manque de services de santé et de services sociaux appropriés à leurs besoins et à leurs réalités.

Deux études financées par le CESAF portent également sur la question de l'accès aux services, mais dans le contexte des besoins en matière de mieux-être des femmes autochtones en milieu urbain. Dans le premier cas, l'auteure, Caroline Tait, s'est servie d'une gamme de méthodes, y compris les entrevues, l'observation des participantes et la discussion en groupe de consultation, en vue d'évaluer dans quelle mesure les femmes autochtones vivant à Montréal sont bien servies par les services de santé et les services sociaux présentement offerts. Il n'est pas surprenant de constater, dans bon nombre de cas, que des participantes aient eu des problèmes avec des travailleuses et travailleurs sociaux non autochtones, qu'elles aient été stigmatisées lorsqu'elles ont tenté d'utiliser leur Certificat de statut d'Indien en vue d'obtenir des soins de santé, ou qu'elles étaient incapables d'avoir accès aux services dont elles avaient besoin (p. ex., dans le domaine des soins pour le VIH/sida) parce que les organismes ne disposaient pas des ressources nécessaires ou avaient une politique de tolérance zéro à l'égard de la consommation d'alcool ou de drogues. Par ailleurs, les résultats de C. Tait dans le domaine de l'accessibilité à l'avortement sont également importants. Même si elle a constaté qu'il y avait une forte demande pour de tels services chez les femmes autochtones à Montréal, le fait que de nombreux membres de la collectivité y soient fermement opposé a empêché ces femmes de chercher du soutien ou du counselling auprès des organismes autochtones.

Dans le cadre du même projet décrit ci-dessus, Femmes autochtones de Montréal (FAM), organisme qui visait à aider les femmes autochtones éprouvant souvent des difficultés à avoir accès aux services dont elles ont besoin ou à connaître l'existence de ces services, planifiait mettre sur pied un centre de ressources urbain pour le mieux-être des femmes autochtones où les personnes pourront aller pour obtenir des renseignements sur les programmes adaptés à la culture qui sont offerts dans les domaines touchant la santé et le mieux-être. Mais faute d'appui financier, FAM n'existe plus.

Sur des aspects quelque peu différents, le CESFM a fourni un appui à une étudiante faisant ses études supérieures à l'Université de Dalhousie qui entreprenait une étude sur l'accès aux produits médicinaux traditionnels des femmes et hommes de la collectivité des Mi'kmaq. Concentrant son attention sur la collectivité d'Indian Brook, M^{me} Pereira a constaté que même si ce type de produits demeurait généralement accessible, il existait des barrières dans plusieurs domaines. À titre d'exemple, elle mentionne les répercussions de la pollution, du développement économique et des droits de propriété privée dans des régions où l'on cultive les produits médicinaux traditionnels.

Entre-temps, le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies a octroyé une subvention d'aide au développement en vue d'appuyer un projet examinant les besoins en éducation des femmes autochtones handicapées au Manitoba. En juillet 2000, le CESFP a tenu un groupe de discussion dans lequel les participantes ont mis en évidence les barrières et les défis auxquels elles ont été confrontées pour poursuivre leurs études. Les participantes ont donc mentionné des problèmes comme la discrimination et les préjudices, les

responsabilités incompatibles de la garde des enfants, le manque de fonds suffisants et la non disponibilité de services appropriés à la culture à l'extérieur de la réserve.

Pour résumer, on a identifié une série de problèmes qui doivent être résolus pour permettre aux femmes autochtones d'être en meilleure santé pendant toute leur vie. Selon la vision de l'avenir des participantes et participants à l'Atelier, il faut réorienter les modèles, les approches et les pratiques actuelles en tenant compte des mesures conçues afin que le système de santé soit plus accessible et accorde davantage de soutien aux femmes autochtones et à leurs familles (se reporter à l'Annexe III :Visualisation de la recherche en santé sur les femmes autochtones).

Les services offerts doivent respecter et refléter la riche diversité traditionnelle, culturelle, géographique et linguistique des peuples autochtones du Canada. Les participantes et participants à l'ANRSFA ont insisté très souvent l'impact de barrières culturelles et linguistiques en soutenant que les documents sur la santé et les services de santé sont habituellement disponibles seulement en anglais ou en français plutôt que dans une langue autochtone.

À l'occasion de l'ANRSFA, on a proposé d'initier aux différences culturelles les professionnels de la santé non autochtones qui travaillent dans des collectivités autochtones afin de rehausser leur appréciation et leur sensibilité aux réalités des peuples autochtones. Par ailleurs, on croyait qu'une participation accrue des peuples autochtones dans l'élaboration et la prestation des programmes communautaires de santé constituerait un moyen de promouvoir des soins de haute qualité pour les femmes autochtones qui les respectent. Comme l'a affirmé une participante à l'ANRSFA, les leaders politiques doivent offrir leur soutien en aidant les étudiantes et étudiants autochtones qui souhaitent étudier en médecine et en s'assurant que les écoles des collectivités autochtones aient suffisamment de ressources et d'installations pour assurer la prestation d'une éducation de haute qualité.

Fait important, certains participantes et participants à l'Atelier ont également souligné la nécessité de fournir un soutien adéquat aux femmes autochtones qui occupent des postes de professionnels de la santé. Elles ont non seulement dû surmonter des barrières dans le système d'éducation et pour obtenir un emploi, mais elles sont souvent confrontées à la méfiance de leurs clientes et clients autochtones. Comme l'a fait remarquer une participante : «nous devons prouver à nos clientes et clients que nous sommes compétentes en travaillant deux fois plus fort» (traduction libre).

En outre, les participantes et participants à l'ANRSFA ont soutenu que la remise en valeur de la culture pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones, par exemple en leur donnant l'occasion d'en apprendre davantage sur leur histoire et sur les moyens traditionnels de bien-être. Cette observation est conforme à la masse importante de documentation qui démontre que les femmes autochtones tirent le plus profit des services et des ressources qui sont pertinents à leurs contextes culturels et qui englobent les approches traditionnelles sur la santé et la guérison. De nombreuses initiatives affiliées au Centres d'excellence pour la santé des femmes reflètent également cette constatation. Par exemple, elles démontrent que les femmes inuits du Nord québécois sont fortement en faveur d'outils de prévention du SAF et du EAF et d'outils pédagogiques élaborés dans leur

région et que les femmes des Premières nations dans l'ensemble du pays insistent sur l'importance d'utiliser les connaissances traditionnelles pour favoriser la santé et le bien-être de la collectivité.

Finalement, les participantes et participants à l'ANRSFA ont soutenu qu'on doit accorder du financement en vue d'assurer que les femmes autochtones aient accès aux services de santé requis dans leur collectivité. De plus, certains participantes et participants ont fait remarquer les difficultés qu'éprouvent souvent les organisations de femmes autochtones à établir des liens avec des organismes qui pourraient les aider à l'égard des mécanismes de financement.

IV. PARTICULARISER LE PROCESSUS DE RECHERCHE

Toutes les initiatives entreprises ou appuyées par les Centres d'excellence pour la santé des femmes démontrent un engagement ferme à poursuivre les recherches qui explorent les questions qui préoccupent les femmes autochtones, mais on pourrait sans doute prêter plus d'attention à d'autres domaines. Afin de répondre à ces préoccupations, les participantes et participants à l'Atelier ont indiqué qu'il fallait élaborer d'urgence de nouveaux modèles et de nouvelles approches dans le domaine de la recherche en matière de santé des femmes autochtones. Fondamentalement parlant, il faudrait prendre des mesures concrètes conçues pour «indigéniser» le processus de recherche afin qu'il reflète davantage les expériences propres de la vie des femmes autochtones et qu'il soit davantage fondé sur les approches traditionnelles ou au niveau local orientées vers les connaissances et l'apprentissage.

Les participantes et participants à l'ANRSFA ont reconnu que la recherche en santé des femmes autochtones a tiré profit de l'attention de personnes et d'organismes hautement qualifiés et engagés, mais ils ont néanmoins affirmé à l'unanimité que l'on peut faire beaucoup plus pour renforcer ces activités dans l'avenir. Ils admettent que, trop souvent, la recherche est mal conçue et qu'elle ne se penche pas sur les préoccupations clés des membres de la collectivité.

Les participantes et participants à l'Atelier ont précisé que ces faiblesses avaient manifestement causé une variété de problèmes qui doivent être résolus en vue de favoriser l'indigénisation du processus de recherche. En particulier, il faut prendre des mesures pour assurer que les méthodologies de recherche soient clairement énoncées et respectent les charges multiples des femmes autochtones, que l'on mette l'accent sur les femmes autochtones dont les besoins et les préoccupations ont été sous-représentés dans les recherches antérieures et que les initiatives de recherche tiennent compte de la diversité linguistique et culturelle des femmes autochtones. Parmi les autres problèmes mentionnés, signalons le manque de fonds suffisants pour poursuivre de la recherche en matière de santé des femmes autochtones et la nécessité d'assurer un bon suivi approprié. Ils ont également mis en évidence l'importance de donner aux femmes autochtones l'occasion de s'exprimer sur la recherche qui les touchent ainsi que la nécessité d'accroître les occasions de formation et de réseautage pour les chercheuses autochtones et de favoriser les partenariats et la collaboration entre les organismes autochtones et non autochtones.

4.1 Méthodologies de recherche

De l'examen des rapports préparés par les chercheuses et chercheurs affiliés aux CESF, il en ressort un domaine de préoccupations important,

soit les répercussions des responsabilités contradictoires sur les participantes de recherches prospectives. En effet, dans plusieurs cas, on a dû annuler des entrevues en raison des contraintes de temps des femmes, privant ainsi les études des connaissances et des commentaires de ces personnes. Dans d'autres cas, les auteures et auteurs ont remarqué la présence de difficultés pour établir et entretenir des liens fructueux avec des organisations partenaires, y compris avec les Centres d'excellence eux-mêmes. Ces faits démontrent que la méthodologie et les critères d'analyse des initiatives pourraient être énoncés avec plus de transparence. D'une part, on le constate dans les cas où les auteures et auteurs n'ont pas su préciser clairement la taille de leur échantillon, leurs méthodes de recherche et leurs procédures de sélection des participantes et participants des études. D'autre part, les projets dont les échantillons comprenaient des femmes autochtones et non autochtones n'ont parfois pas regroupés leurs résultats de façon suffisamment claire selon le statut d'autochtone.

4.2 Financement

Des promoteurs d'études entreprises sous l'auspice des Centres d'excellence ont mentionné que le manque de soutien financier suffisant ou des lignes directrices en matière de financement trop restrictives constituaient des obstacles à la mise en oeuvre de leur recherche ou de leurs objectifs de recherche. Parmi les participantes à l'ANRSFA, plusieurs femmes ont parlé de leurs expériences sur les répercussions des restrictions de financement sur leurs activités de recherche. Ainsi, une participante s'est ainsi exprimé : «il faut du temps pour mener à bien des recherches et il nous manque souvent le financement nécessaire pour y arriver» (traduction libre). À la lumière de ces expériences, les femmes ont non seulement demandé que la recherche en matière de santé des femmes autochtones devienne une priorité de financement à tous les paliers de gouvernement, mais elles ont insisté particulièrement sur les coûts liés à l'exécution de projets dans des collectivités éloignées ou dans le Nord. Ainsi, elles ont soutenu que les organismes de financement devraient veiller, dans ces cas, à mettre la disponibilité des chercheuses et chercheurs des ressources supplémentaires aux fins de déplacement, d'hébergement et d'interprétation.

4.3 Reconnaissance de la diversité

Même si les études associés aux Centres d'excellence ont en général confirmé le point de vue selon lequel l'état de santé des femmes autochtones est moins bon que celui des autres femmes canadiennes, elles ont également permis de mettre en évidence plusieurs différences importantes au sein de la population des femmes autochtones. Par exemple, les femmes cries de la baie James et les femmes inuits de Nunavik, qui vivent relativement très près les unes des autres, présentent des différences importantes à l'égard de leur comportement concernant le tabagisme, du risque de souffrir d'hypertension et de leur propension à avoir des pensées suicidaires. De même, au sein des femmes micmaques, on a constaté que la proportion des femmes ayant des bébés dont le poids est insuffisant à la naissance était considérablement plus faible que celle des autres groupes de femmes autochtones ou que celle de l'ensemble de la population des femmes canadiennes. Ces deux résultats, examinés ensemble, démontrent non seulement que ces résultats nous invitent à faire preuve de prudence lorsqu'on généralise au sujet de l'état de santé des femmes autochtones, mais que les études régionales et communautaires sont essentielles pour avoir une compréhension nuancée des défis liés à la santé que les femmes autochtones du Canada doivent relever.

Les participantes et participants à l'ANRSFA ont reconnu l'apport au chapitre de la recherche en santé des femmes autochtones des Centres d'excellence, ils ont signalé la sous-représentations de femmes inuits, métisses, des femmes autochtones bispirituelles, des femmes autochtones vivant dans des collectivités au nord du 60e parallèle et des femmes autochtones plus âgées. Cette méprise reflète la tendance générale chez les chercheuses et chercheurs et les décisionnaires qui regroupent la diversité des préoccupations des femmes autochtones avec celles de la population générale autochtone. Il faut entreprendre des recherches visant à pallier au manque de données de santé de base chez ces groupes sous-représentés, reconnaissant ainsi l'unicité et la diversité des besoins et des préoccupations des femmes autochtones.

De plus, on a également insisté sur l'importance d'entreprendre des études locales et régionales tout en investissant dans la recherche au niveau national. Les participantes et participants à l'Atelier ont également parlé de la qualité des données. En fait , certaines femmes ont soutenu que les catégories utilisées dans la collecte des données sont parfois mal conçues et que les données non regroupées ne sont pas souvent disponibles. Selon les participants et participantes, ni la géographie, ni l'endroit, ni les questions d'ordre financier ne devraient restreindre la poursuite de recherches représentatives sur la santé des femmes autochtones.

4.4 Respect du consentement et du contrôle des Autochtones dans les recherches en matière de santé

Les participantes et participants à l'ANRSFA s'entendaient généralement sur le fait que les Autochtones devraient pleinement contrôler le processus de recherche, des étapes de planification à la rédaction du rapport final et de sa diffusion. De plus les femmes on mentionné plusieurs raisons pour lesquelles il devrait en être ainsi. Par exemple, bon nombres d'entre elles estimaient que les femmes et les hommes autochtones ont une «perception» distincte leur permettant d'examiner les préoccupations de la collectivité de façon unique et intuitive. Par la même occasion, les participantes et participants ont également souligné que les peuples autochtones hésitent à donner carte blanche aux chercheuses et chercheurs de l'extérieur qui ne connaissent pas bien les valeurs et les traditions locales et qui ne portent pas un intérêt à long terme à la collectivité dans laquelle ils travaillent. Pour reprendre les paroles d'une femme :

> *«Je ne suis pas née de la dernière pluie, et je sais entre autres que les personnes autochtones travaillent avec d'autres Autochtones. Je ne veux toutefois pas dire que nous ne voulons pas travailler avec d'autres, mais les Autochtones nourrissent beaucoup de craintes [...]. Même s'il est vrai que nous souhaitons obtenir l'appui de chercheurs et chercheuses très expérimentés, la recherche nous appartient. Parce que vous devez vous souvenir que ce sont les femmes autochtones qui ont souvent une perspective différente des autres femmes.»* (Traduction libre)

Des participantes et participants à l'Atelier se sont également prononcés en faveur des principes jumeaux, soit le consentement et l'approbation de la collectivité, lorsqu'on entreprend des recherches. Bien que certains insistaient sur l'importance de bien expliquer les buts et la méthodologie de la recherche aux participantes et participants, d'autres ont cité l'engagement de l'Assemblée des Premières Nations à l'appartenance, au contrôle, à l'accès et à la permission (ACAP) comme modèle qui pourrait être appliqué à plusieurs domaines de la

recherche en matière de santé des femmes autochtones.

4.5 Établissement de priorités dans les recherches en matière de santé des femmes autochtones

Au cours des délibérations, les femmes qui participaient à l'ANRSFA ont soutenu qu'il était urgent de prioriser les besoins au chapitre de la recherche en matière de santé des femmes autochtones. Les points importants soulevés par les participantes qui nécessitent une attention urgente comprennent les implications en matière de santé du déménagement des femmes autochtones dans des milieux urbains; les taux de mortalité liés aux homicides et les facteurs de risque associés; les problèmes liés au syndrome d'immunodéficience acquis (sida) et à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au sein des femmes inuits en milieu urbain, surtout à Montréal; et à l'interconnexion entre la pauvreté, l'éducation et la santé.

4.6 Développement de la capacité et des ressources humaines

À plusieurs reprises pendant l'ANRSFA, les participantes et participants ont fait remarquer que des organisations de femmes autochtones telles que l'Association des femmes autochtones du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et la Pauktuutit Inuit Women's Association comptent plusieurs années d'expérience dans la poursuite de recherche sur la santé. Pour reprendre les paroles d'une femme : «il est très important de reconnaître l'expertise que l'on retrouve dans les collectivités autochtones et la direction politique qui existe dans nos organisations» (traduction libre). Ainsi, pour de nombreux participantes et participants, il est vital que l'on exploite les connaissances et les ressources que l'on retrouve actuellement dans le domaine de la santé des femmes autochtones avant d'investir dans de nouveaux projets qui ne pourraient peut-être que réitérer ce qui est déjà connu.

Les participantes et participants de l'ARNSFA ont également discuté de la question des normes de recherche, soutenant qu'il est nécessaire d'appliquer des méthodes rigoureuses et de disposer de données de qualité supérieure en vue de convaincre les décisionnaires qu'il faut prendre des mesures sur les questions liées à la santé des femmes autochtones. Par ailleurs, les normes sont également importantes pour évaluer les capacités des chercheuses et chercheurs et pour s'assurer qu'ils sont aptes à travailler dans des collectivités autochtones. De plus, fait tout aussi important selon de nombreuses participantes à l'Atelier, il faut investir dans la capacité des femmes autochtones à entreprendre leurs propres recherches. Particulièrement, plusieurs participantes et participants ont suggéré d'élaborer des ateliers de formation et d'autres activités à l'intention des chercheuses et chercheurs autochtones en vue de leur donner l'occasion de parfaire leurs compétences et d'étendre leur base de connaissances.

4.7 Partenariat et collaboration

D'après de nombreux participantes et participants à l'Atelier, il ne manque pas de possibilités d'établir des partenariats et de collaborer pour les organisations qui participent à la recherche en matière de santé des femmes autochtones et les organisations non autochtones. Ainsi, étant donné que des problèmes tels que le SAF et les EAF touchent une grande variété de personnes et de collectivités, les organisations autochtones et leurs homologues non autochtones pourraient tirer profit de la mise en commun des données et d'autres formes de mesures concertées.

À un niveau plus général, les participantes et participants ont identifié certains groupes et certaines organisations avec lesquels les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones pourraient souhaiter travailler aux fins de collaboration plus étroite ou de financement. Ces groupes comprennent les universités, les syndicats et les dirigeantes et dirigeants des collectivités. Même si une femme en particulier a insisté sur l'utilité d'avoir recours à un médiateur fort entre les collectivités et les ressources institutionnelles lorsqu'on entreprend de la recherche au niveau local ou communautaire, d'autres ont signalé les difficultés à établir des liens avec des organisations non autochtones. Une femme a ainsi affirmé :

> *«Je crois que certaines organisations effectuent déjà des travaux qui pourraient être reliés aux collectivités autochtones. Le problème, c'est que très souvent nous ne savons pas avec qui il faut communiquer pour aller de l'avant; de plus, aux échelons supérieurs de Santé Canada, on ne semble pas être intéressé à poursuivre dans cette veine.»* (Traduction libre)

4.8 Participation des CESF à la recherche en matière de santé des femmes autochtones

En plus de la collaboration entre les organisations, les personnes qui ont participé à l'Atelier ont soutenu que l'on doit fournir plus d'occasions de réseautage aux chercheuses et chercheurs sur la santé des femmes autochtones et plus de moyens pour obtenir l'appui de leurs pairs. En particulier, on s'entendait généralement sur le fait que les CESF pourraientt jouer un rôle constructif en favorisant le développement d'une base de données nationale des chercheuses et chercheurs ainsi qu'un réseau qui permettrait la communication électronique, soit à l'aide du courrier électronique ou d'autres moyens de communication à l' Internet. De plus, les femmes étaient particulièrement résolues à ce que l'enthousiasme découlant de l'ANRSFA ne soit pas perdu et qu'on organise une réunion de suivi pour discuter des progrès dans l'examen des besoins en matière de recherche sur la santé des femmes autochtones.

Pendant leurs délibérations, les participantes et participants de l'ANRSFA ont également examiné comment les CESF pourraient mieux appuyer la recherche sur la santé des femmes autochtones dans l'avenir. Dans le cadre de leurs discussions, les femmes ont remarqué que les Centres d'excellence n'avaient pas toujours fait tout leur possible pour accroître la sensibilisation à l'égard de leur existence et de leur mandat au sein des femmes autochtones et n'avaient pas axé suffisamment leur attention sur les préoccupations de santé des femmes inuits et des femmes autochtones vivant dans le Nord. Aucun consensus clair n'a été obtenu pour déterminer si on devait établir un Centre d'excellence sur la santé des femmes exclusivement autochtone, mais certains participantes et participants ont précisé qu'on devrait au moins former un comité consultatif national en vue de fournir une orientation aux Centres d'excellence lorsqu'ils examinent des questions liées à la santé des femmes autochtones.

4.9 Mesures et suivi

Pour de nombreux participantes et participants à l'ANRSFA, la recherche sur la santé des femmes autochtones a souvent été caractérisée par un suivi insuffisant sur les questions soulevées pendant le processus de recherche. Pour reprendre les paroles d'une femme :

> *«On dit que les recherches n'ont pas toujours été aussi appropriées qu'elles auraient pu l'être.*

Cependant, une fois les recherches terminées, nous devons prendre toutes les mesures qui s'imposent selon ces recherches. C'est notre devoir envers les gens qui y ont participé [...] Présentement, les gens participent puis vient la longue attente, mais rien ne change. Je crois que c'est la raison pour laquelle les gens hésitent à participer dans un autre projet qui pourrait être encore plus envahissant.» (Traduction libre)

Les participantes et participants ont formulé des recommandations en vue de résoudre ce problème. En premier lieu, on s'entendait largement sur le fait qu'on devrait fournir aux participantes et participants des études le soutien adéquat pour composer avec les souvenirs potentiellement traumatisants réveillés par les questions des chercheuses et chercheurs. De plus, il y avait un consensus fort au sein des personnes qui ont assisté à l'Atelier selon lequel la recherche doit être axée sur des mesures qui doivent être mises en oeuvre. En d'autres mots, les promoteurs doivent non seulement chercher à prioriser les projets qui sont le plus susceptibles de répondre aux préoccupations de santé des femmes autochtones et d'améliorer leur qualité de vie, mais ils doivent aussi chercher des moyens de promouvoir les changements selon les résultats des recherches.

V : RECOMMANDATIONS

Après avoir identifié les principales questions et préoccupations découlant des recherches affiliées aux CESF et des délibérations des participantes et participants de l'ANRSFA, il faut maintenant se concentrer sur la tâche d'identifier les mesures requises pour améliorer la santé des femmes autochtones et la recherche sur la santé des femmes autochtones dans l'avenir. Les recommandations sont donc divisées sous trois titres principaux :

5.1 Pour promouvoir l'indigénisation du processus de recherche, on recommande aux Centres d'excellence pour la santé des femmes :

i) de définir clairement des options pour mener des travaux de recherche en matière de santé concernant les femmes autochtones;

ii) de concert avec des chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones et les organisations autochtones concernées,
   a) d'élaborer les grandes lignes d'une stratégie visant à établir des collaborations et des partenariats équitables, durables et englobants;
   b) d'éduquer les chercheuses et chercheurs ainsi que les participantes et participants aux projets de recherche sur la recherche en matière de santé et les femmes autochtones;

iii) de concert avec les organismes autochtones et non autochtones concernés et le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada, d'élaborer une stratégie qui permettrait d'incorporer les histoires, les expériences et les connaissances en matière de santé des femmes autochtones dans un cadre analytique qui pourrait servir de «lentille» lorsqu'on effectue des travaux de recherche sur les femmes autochtones;

iv) de travailler avec les organisations autochtones et non autochtones concernées en vue :
   a) de promouvoir un dialogue entre les chercheuses et chercheurs universitaires et communautaires afin qu'ils comprennent et acceptent mieux les perspectives, les réalités et les définitions de la collectivité concernant la vie et la santé;
   b) d'aborder les points en litige liés à la recherche en matière de santé des femmes

autochtones, particulièrement en ce qui a trait à l'identité, à la culture et aux catégories sociales telles que l'orientation sexuelle, la situation géographique, la race, l'âge, la classe sociale et la déficience.

5.2 Pour faire participer les femmes autochtones dans le processus de recherche, on recommande aux Centres d'excellence pour la santé des femmes :

i) de reconnaître les multiples fardeaux des femmes autochtones, y compris un mauvais état de santé, la pauvreté, la violence, la toxicomanie, les soins aux enfants et une surveillance démesurée;

ii) d'encourager les chercheuses et chercheurs sur la santé des femmes autochtones et les organismes autochtones et non autochtones concernés à travailler avec les femmes autochtones dans les collectivités afin :
   a) de promouvoir la participation dans les projets de recherche en vue d'améliorer la vie et la santé des femmes;
   b) d'élaborer une stratégie pour remettre en perspective les questions afin de découvrir de nouvelles significations et de nouvelles mesures concernant les concepts théoriques tels que la colonisation et les problèmes intransigeants comme la violence familiale;
   c) de partager les approches en vue de mobiliser les femmes autochtones à concevoir, à élaborer, à bâtir et à évaluer des projets de recherche;
   d) d'identifier des structures de médiation qui renforceraient la recherche axée sur la collectivité;

iii) de concert avec le Réseau canadien pour la santé des femmes, de coordonner la recherche et d'élaborer une politique en vue
   a) d'appuyer les groupes de femmes autochtones qui ont de la difficulté à conserver les niveaux d'intérêt, d'énergie et de ressources;
   b) de faire participer les chercheuses et chercheurs jugés aptes personnellement à travailler avec les femmes autochtones;
   c) de protéger les droits des chercheuses et chercheurs et des femmes autochtones tout en élargissant leurs rôles et leurs responsabilités respectifs;
   d) de miser sur le rôle de premier plan des femmes autochtones dans les questions liées à la santé au sein de leur collectivité;
   e) de reconnaître la capacité en évolution des femmes autochtones à mener des recherches;
   f) de se montrer sensible aux divers groupes d'audiences en produisant des rapports en plusieurs langues tant dans des formats s'adressant à des universitaires ou des personnes oeuvrant au sein de la communauté;

iv) de travailler avec les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones afin
   a) d'élaborer un outil analytique qui aiderait à établir des priorités en matière de recherche dans le domaine de la santé des femmes autochtones de sorte qu'on puisse évaluer les conséquences de poser des gestes ou de ne pas en poser relativement à des questions clés de santé;
   b) d'examiner le paradigme douleur-santé-guérison qui renseigne sur la prestation de services de santé aux femmes autochtones;

v) de concert avec les Centres d'excellence pour la santé des femmes, le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada et d'autres ministères fédéraux pertinents, d'envisager la possibilité de tenir une réunion annuelle sur la recherche en matière de santé des femmes autochtones.

5.3 Pour se pencher sur les lacunes et les faiblesses dans la recherche en matière de santé des femmes autochtones, on recommande aux Centres d'excellence pour la santé des femmes :

i) de travailler avec les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones et avec les organismes autochtones et non autochtones concernés afin
   a) de déterminer quand, comment et pourquoi les méthodes de recherche universitaires et communautaires devraient outrepasser, croiser ou coexister les unes avec les autres;
   b) d'identifier et de suivre les indicateurs de santé positifs, y compris le ressort psychologique, la spiritualité, les stratégies quotidiennes liées à la santé et les «moments de vérité» dans la vie des femmes autochtones;
   c) de favoriser le réseautage entre les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones;
   d) de tirer profit des nouvelles technologies de l'information, y compris l'Internet et le courrier électronique, afin de diffuser et de partager les résultats de recherche;
   e) d'entreprendre des analyses en vue de comparer et de mettre en évidence les tendances, les questions et les solutions locales, régionales et internationales;
   f) d'établir des analyses en fonction du sexe axées sur les Autochtones;

ii) de travailler avec les chercheuses et chercheurs en matière de santé des femmes autochtones en vue
   a) d'élaborer des méthodes qui tiennent compte de la culture;
   b) d'identifier des collectivités modèles telles qu'Alkalai Lake et Hollow Water;
   c) d'élaborer une base de connaissances des principaux concepts et principes autochtones (p. ex., le respect) qui peuvent être importants pour mener des recherches sur la santé;
   d) de situer la recherche dans un contexte plus large, soit aux plans social, économique, juridique et culturel;
   e) d'entreprendre des recherches qui tiennent compte de la diversité des femmes autochtones;
   f) de comprendre les implications de la médicalisation de la santé des femmes autochtones;
   g) de mener des recherches qui appuient les besoins des programmes à l'intention des femmes autochtones.

BIBLIOGRAPHIE

ABBEY, S. ET E. HOOD. «[Psychiatric consultation in the Eastern Canadian Arctic: mental health issues in Inuit women in the Eastern Arctic», *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 38. nº 1, p. 32-35, 1993.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTOCHTONES DU CANADA. [*Survey of Nurses in Isolated First Nations Communities: Recruitment and Retention Issues*], Ottawa, 8 sept. 2000 (disponible auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada).

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTOCHTONES DU CANADA. *Le VIH et son impact sur les femmes autochtones du Canada*, Ottawa, 1996 (disponible auprès de Santé Canada).

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTOCHTONES DU CANADA. [*Traditional Medicine and Primary Health Care Among Canadian Aboriginal People: A Discussion Paper with Annotated Bibliography*], Ottawa, 1993 (disponible auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada).

ADELSON, N. [*'Being Alive Well': Health and the Politics of Cree Well-Being*], Toronto, University of Toronto Press, 2000.

ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. «Chronic conditions», consulté le 19 février 2001, disponible dans le Web à l'adresse http://www.afn.ca/, 2001.

ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. [*Sharing our Healing: National Health Conference*], *Beaupré, Quebec, June, 25-27, 1997*], Ottawa, 1997 (disponible auprès de l'Assemblée des Premières nations).

BEST, B. «[Death by murder]», consulté le 19 avril 2001, disponible dans le Web à l'adresse http://www.benbest.com/lifeext/murder.html, sans date.

BILLSON, J. 1992. «[Standing tradition on its head: role reversal among Blood Indian couples]» publié dans D. Miller, C. Beal, J. Dempsey and R. Heber [éd.], [*The First Ones: Readings in Indian/Native Studies*], Craven, , 1992, p. 215-225 (disponible auprès du Saskatchewan Indian Federated College).

ASSOCIATION CANADIENNE DES SOCIÉTÉS ELIZABETH FRY. «[Human and fiscal costs of prison]», consulté le 19 avril 2001, disponible dans le Web à l'adresse http://www.elizabethfry.ca/eweek00/factsheet.htm, 2000.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE. *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI*, 2e édition, Ottawa, 1994 (disponible auprès de l'Institut canadien de la santé infantile).

DION STOUT, M. ET G. KIPLING. [*Aboriginal Peoples and Bill C-31: Position Paper*], Ottawa, juillet 1999 (disponible auprès de l'Association nationale des centres d'amitié autochtones).

DION STOUT, M. ET G. KIPLING. *Rapport de la Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique en vue du bilan quinquennal de la Conférence internationale sur la population et le développement, 21 et 22 février 1999, Ottawa*, Ottawa, 1999 (disponible auprès du gouvernement du Canada).

DION STOUT, M. ET G. KIPLING. *Les femmes autochtones au Canada: orientations de la recherche stratégique en vue de l'élaboration de politiques*, Ottawa, mars 1998 (disponible auprès de Condition féminine Canada).

DION STOUT, M. [*Social and Economic Factors Affecting Aboriginal Women's Mental Health: A Theoretical Perspective*], 1995 (disponible auprès de Ottawa Native Physicians of Canada).

EVERS, S. «[Dietary intake and nutritional status of Canadian Indians: a review]» dans B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M. Moffatt, J. O'Neil, P. Sarsfield et T. Young, [éditeurs] [*Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*], Winnipeg, Presses de l'Université du Manitoba, 1991, p. 731-734.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, Ottawa, 1996 (disponible auprès du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population).

COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS. «*Le Rapport national (1999) de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*», Ottawa, 1999 (disponible auprès du Comité consultatif national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits).

SECRÉTARIAT DE SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS. «[At a glance: facts on FAS/FAE]», *First Nations Health Bulletin*, 1997, vol. 7, p. 13.

FRANK, S. *Family Violence in Aboriginal Communities: A First Nations Report*, Victoria, 1992 (disponible auprès du Ministry of Women's Equality).

SANTÉ CANADA. *Faits et questions : La santé des femmes autochtones*, consulté le 16 février 2001, disponible dans le Web à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/women/francais/faits_autochtones.htm, 2000.

SANTÉ CANADA. *La santé des Premières Nations et des Inuits au Canada : un second diagnostic*, Ottawa, novembre 1999 (disponible auprès de Santé Canada).

_____. 1999. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa: le Ministère.

MINISTÈRE DES AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD. *Données ministérielles de base*, Ottawa, février 2000 (disponible auprès du ministère des Affaires indiennes et du Nord).

MINISTÈRE DES AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD. *Les femmes autochtones : un portrait démographique, social et économique*, Ottawa, 1996 (disponible auprès du ministère des Affaires indiennes et du Nord).

[_____]. «*Indice de la masse corporelle*», consulté le 24 avril 2001, disponible dans le Web à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition/BmiCalculatorApplet/chart_norm.html, 1988.

LAROCQUE, E. *La violence au sein des collectivités autochtones*, Ottawa, 1994 (disponible auprès du Centre national d'information sur la violence dans la famille).

LALONDE, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, 1996 (disponible auprès de Santé Canada).

LINEHAN, S. (1992). «[Giving birth the 'white man's way']», *Healthsharing*, 1992, vol. 13, nº 2, p. 11-15.

LOWELL, J. «[Rethinking traditions: women taking charge of culture, medicine and each other]», *Horizons: Women's News, Feminist Views*, 1995, vol. 9, nº 1, p. 25-26.

MACMILLAN, H., A. MACMILLAN, D. OFFORD, ET J. DINGLE. «[Aboriginal health]», *Journal de l'Association médicale canadienne*, décembre 1996, vol. 155, p. 1569-1578.

MANYFINGERS, B. [*Treaty 7 Community Study: Family Violence and Community Stress*], document non publié, soumis à la Commission royale sur les peuples autochtones, 1994.

MARTIN, J. ET P. BELL. «[Diabetes mellitus in the Native population of British Columbia]», dans B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M. Moffatt, J. O'Neil, P. Sarsfield et T. Young [éditeurs], [*Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*], Winnipeg, Presses de l'Université du Manitoba, 1991, p. 433-435.

MCBRIDE, C. AND BOBET, E. [*Health of Indian Women*], Ottawa, 1990 (disponible auprès du ministère des Affaires indiennes et du Nord).

MCEVOY, M. AND DANILUK, J. «[Wounds to the soul: the experiences of aboriginal women survivors of sexual abuse]», *Psychologie canadienne*, vol. 36, nº 3, 1995, p. 221-235.

NAMYNIUK, L., BREMS, C. AND CLARSON, S. «Southcentral Foundation – Dena A Coy: a model program for the treatment of pregnant substance-abusing women», *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14, nº 3, 1997, p.285-295.

ORGANISATION NATIONALE ANTI-PAUVRETÉ (ONAP). «NAPO facts: Poverty in Canada: Some Facts and Figures», consulté le 24 avril 2001, disponible dans le Web à l'adresse http://www.napo-onap.ca/nf-figur.htm, 1997.

FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1, Ottawa, février 1997 (disponible auprès de Santé Canada).

ASSOCIATION DES FEMMES AUTOCHTONES DU CANADA. [*'Hear their Stories': 40 Aboriginal Women Speak*], Ottawa, 1997 (disponible auprès de l'Association des femmes autochtones du Canada).

ASSOCIATION DES FEMMES AUTOCHTONES DU CANADA. [*Health Children, Healthy Nations: A Framework Document to Support the Well-being of First Nations' Children*], Ottawa, 1996 (disponible auprès de l'Association des femmes autochtones du Canada).

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ (OPS). [*Canada: Basic Health Profiles, Summaries 1999*], consulté le 17 janvier 2001, disponible dans le Web à l'adresse http://www.paho.org/english/sha/prflcan.htm, 1999.

PAUKTUUTIT. [*Inuit Women's Health: Overview and Policy Issues*].
Ottawa, mars 2000 (disponible auprès de l'Association).

PAUKTUUTIT. [*Inuit Women's Health: Overview and Policy Issues*].
Ottawa, mars 2000 (disponible auprès de l'Association).

PAUKTUUTIT. [*Ikajuqtigiinniq: A Resource for Fetal Alcohol Syndrome Prevention and Intervention Work*],
Ottawa, 1998 (disponible auprès de l'Association).

ROBINSON, G., R. CONRY ET J. CONRY. 1985. [*The Canim Lake Survey of Special Needs Children*].
Vancouver, 1985 (disponible auprès de la University of British Columbia).

COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES (CRPA). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones : Perspectives et réalités*, 1996, vol. 4., Ottawa
(disponible auprès de la Commission royale sur les peuples autochtones).

SHIP, S. ET L. NORTON. «[It's hard to be a woman': First Nations women living with HIV/AIDS]»,
Native Social Work Journal, vol. 3, nº 1, 2000, p. 69-85.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). [«SOGC policy statement: a guide for health professionals working with Aboriginal peoples: Aboriginal health resources],
Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, vol. 23, nº 3, mars 2001, p. 255-261.

STATISTIQUE CANADA. *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*, Ottawa, 2000
(disponible auprès de Statistique Canada).

STATISTIQUE CANADA. *Le Quotidien : Recensement : données sur les Autochtones 1996*, [consulté le 28 février 2000], disponible dans le Web à l'adresse http://www.statcan.ca/Daily/Francais/980113/q980113.htm, 13 janvier 1998.

THOMPSON, ALLAN. «[4th Year in a Row! Canada still rated best place to live – UN.]», *Toronto Star*,
consulté le 20 février 2001, disponible dans le Web à l'adresse http://www.cam.org/~mrci/un.htm,
12 juin 1997.

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD).
«[Human Development Indicators]», consulté le 23 avril 2001, disponible dans le Web à l'adresse
http://www.undp.org/hdro/ihpprof.htm, 1999.

ANNEXE I
LISTE DES INITIATIVES ASSOCIÉES AUX CESF EXAMINÉES

Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes

1. BARKSDALE, C., S. WILLS, K. DAVIDSON, E. VAN ROOSMALE, C. LOPPIE, S. KIRKLAND, A. UNRUH, M. STEWART ET D. WILLIAMS. [*Women's Definitions and Priorities of Health*], sans date.
2. DOYLE BEDWELL, P. [*Off-Reserve First Nations Women's Mental Health: A Proposed Exploration*], sans date.
3. NOVA SCOTIA MI'KMAQ HEALTH RESEARCH GROUP. [*The Health of the Nova Scotia Mi'Kmaq Population: A Final Research Report*], 16 novembre 1999.
4. NOVA SCOTIA MI'KMAQ HEALTH RESEARCH GROUP. [*An Exploration of the Stress Experience of Mi'kmaq Female Youth in Nova Scotia*], sans date.
5. PEREIRA, J. [*Perceptions of Access to Ethnomedicine in the Environment: A Preliminary Case Study in the Mi'kmaq Community of Indian Brook*], sans date.
6. VAN ROOSMALEN, E. ET C. LOPPIE. [*Women's Perceptions of the Determinants of Health and Well-Being Development Project: Final Report*], sans date.

Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal

7. Roy, B. et K. Fecteau. *Parole et pouvoir de femmes des Premières Nations. Manuel pour une prise de parole sur la vie, la santé… le diabète*, Wendake, Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador, 2000.
8. Jauvin, N., M. Clément et D. Damant. *L'interrelation entre la santé et la violence*, Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, juillet 1998.
9. KENNEDY, D. [*Naanduvedidaa Kuve Final Report*], Wikwemikong Wikwemikong Health Centre, avril 2000.
10. LAVALLÉE, C., C. BOURGAULT ET B. PETAWABANO. *La santé des femmes cries et inuits : convergences et divergences*, Montréal, Santé Québec, 31 mars 1999.
11. SIOUI WAWANALOATH, C. *Atelier de créativité production d'idées et responsabilité*, Montréal, Femmes autochtones de Québec, 1999.
12. SLAPCOFF, T. [*Final Project Report on the Urban Aboriginal Women's Wellness Resource Centre in Montreal*], Montréal (Femmes autochtones de Montréal), sans date.
13. TAIT, C. [*New Beginnings Project: Wellness Needs Assessment of Aboriginal Women Living in Montréal*], 1er avril 1999.
14. TAIT, C. [*Aboriginal Women and Maternity: Fetal Alcohol Syndrome*], Montréal, Femmes autochtones de Montréal, avril 1998.

15. THOMAS, V. *Évaluation, actes et rapport financier du colloque sur le bien-être et la guérison ["Wisdom of Native Women"] à l'intention des femmes autochtones pour les femmes autochtones en milieu urbain, tenu les 16, 17 et 18 janvier 1998*, Montréal, Femmes autochtones de Montréal, février 1998.

Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

16. BENOIT, C. ET D. CARROLL. [*Marginalized Voices from the Downtown Eastside: Aboriginal Women Speak About their Health Experiences*], Toronto (Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu), 1er mars 2001.

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies

17. ELIAS, B., A. LEADER, D. SANDERSON, J. O'NEIL, ET B. TATE. [*Living in Balance: Gender, structural inequalities, and health promoting behaviours in Manitoba First Nation Communities*], décembre 2000.

18. FLILMORE, C., C. DELL et LA SOCIÉTÉ ELIZABETH FRY DU MANITOBA. [*Prairie Women, Violence and Self-Harm: Draft*], janvier 2001.

19. TAIT, C. [*A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba*], Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, juin 2000.

20. CANADIAN CENTRE ON DISABILITY ISSUES AND FIRST NATION DISABILITY ASSOCIATION OF MANITOBA. [*Aboriginal Women with Disabilities: Remembering Education*], Winnipeg, le Centre, 20 septembre 2000.

Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

21. BOTTORFF, J., L. SENT, A. BROWNE, L. BALNEAVES ET S. GREWAL. [*An Exploration of Women-Centred Care in the Context of Cervical Cancer Screening in Ethnocultural Groups*], Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, sans date.

22. MORROW, M., ET M. CHAPPELL. [*Hearing Women's Voices: Mental Health Care for Women*], Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 1999.

23. POOLE, N. ET B. ISAAC. [*Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers*], Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2001.

24. POOLE, N. [*Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women*], Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2000.

25. BROWNE, A., J. FISKE ET G. THOMAS. [*First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services and Systems*], Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2000.

26. BROWNE, A. [*Improving Health Care Services for First Nations Women: A Community Case Study*], Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, à paraître.

ANNEXE II
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE RAPPORT

FAM	Aboriginal Women of Montreal – Femmes autochtones de Montréal
CESFCB	Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique
CESAF	Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal
CESF	Centres d'excellence pour la santé des femmes
RCSF	Réseau canadien pour la santé des femmes
ANRSFA	Atelier national sur la recherche en santé des femmes autochtones
EAF	Effets de l'alcoolisme fœtal
SAF	Syndrome d'alcoolisme fœtal
CESFM	Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Maritimes
RPSFM	Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu
CESFP	Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies
VNHS	Vancouver Native Health Society